

Masterarbeit

**MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON INDIVUPELLER
RESILIENZ GEGENÜBER MOBBING UNTER PFLEGE-
KRÄFTEN**

**Eine Analyse basierend auf
bisheriger Literatur**

eingereicht von
Fabienne Falle, BA

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)
an der**

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am
Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuer

Julian Winterheller, MSc

und von Betreuerin

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Regina Roller-Wirnsberger

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 14.09.2016

Fabienne Falle eh

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Mobbing am Arbeitsplatz	9
2.1. Definition des Begriffs Mobbing	9
2.2. Phasen des Mobbingkonflikts	15
2.3. Verbreitung von Mobbing im Gesundheitssektor	17
2.4. Geschlechtliche Unterschiede bei Mobbinghandlungen und Opferverhalten und deren Ursachen	18
2.5. Ursachen von Mobbing	20
2.6. Konsequenzen eines Mobbingkonflikts	26
3. Resilienz als Widerstandskraft gegenüber Mobbing unter Pflegekräften	31
3.1. Definition des Begriffs Resilienz	31
3.2. Fördernde Faktoren für Aufbau von Resilienz	34
3.2.1. Soziale Unterstützung	35
3.2.2. Kohärenzgefühl	37
3.2.3. Coping	38
3.2.4. Positive Emotionen	40
3.2.5. Hardiness	41
3.2.6. Religiosität und Spiritualität	42
3.2.7. Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	44
3.2.8. Kontrollüberzeugung	45
3.3. Geschlechtliche Unterschiede bei Anwendung der dargestellten Resilienzfaktoren	46
3.4. Resilienzmodelle	47
4. Strategien zur Förderung der Resilienzfaktoren	49
4.1. Entspannungstechnik	51
4.2. Selbstreflexionstechnik	52
4.3. Videovignetten und diverse Trainingsmethoden	55
4.4. Einsatz von Mentoring und Coaching	56
4.5. Weitere Maßnahmen	59
5. Diskussion	64
Literaturverzeichnis	67
Anhang	

Zusammenfassung

Mobbing ist im Berufsleben ein weit verbreitetes Phänomen. Insbesondere im Pflegebereich ist das Personal dem Risiko von Mobbing aufgrund von hierarchischen Strukturen in der Arbeitsverantwortlichkeit ausgesetzt. Die negativen Konsequenzen sind gesundheitliche Probleme wie eine Verringerung des Selbstwertgefühls, Insomnie, Depressionen, Ängste, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen sowie Folgen für den Betrieb und die Gesellschaft.

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es Resilienzfaktoren zu bestimmen und Maßnahmen zu identifizieren, die die individuelle Resilienz gegenüber Pflegekräften, welche horizontalem Mobbing im Beruf ausgesetzt sind, zu stärken. Als Methode wurde die Literaturrecherche gewählt. Deutsch- und englischsprachige Literatur aus wissenschaftlichen Zeitschriften und Datenbanken der Medizinischen Universität Graz und der Alpen-Adria Universität Klagenfurt wurde neben Literatur aus Bibliotheken genutzt.

Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Stressseminare und Workshops, Kurse sowie Erziehungs-, Trainingsmethoden und Informationsveranstaltungen eingesetzt werden können, um auf horizontale Mobbingsituationen aufmerksam zu machen und die individuelle Resilienz bei Pflegekräften fördern. Verschiedene Maßnahmen wie die Bildung von Gesundheitszirkeln sowie der Einsatz von Mediationstechniken und physischen Übungen können, neben der schriftlichen und mündlichen Auseinandersetzung mit der Problemsituation, Pflegekräfte unterstützen. Auch die Durchführung von Rollenspielen, der Einsatz von Videovignetten, Role-Modeling und das Angebot von Trainingsmethoden, wie das Sensitivitätstraining und Selbstbehauptungstrainings, dienen als fördernde Maßnahmen. Durch Techniken wie die Anwendung von Mentoring und Emotions-Coaching von Seiten des Arbeitgebers oder Kolleg-Innen kann auch gezielt die soziale Unterstützung gestärkt und ein besserer Umgang mit den eigenen Emotionen erlernt werden. Da durch die Partizipation in Resilienzprogrammen die negativen Folgen von Mobbing verringert werden können, ist es somit von hoher Relevanz, mehrere dieser Maßnahmen gleichzeitig anzubieten.

Abstract

Bullying at work is a widespread phenomenon in the working life. In particular, hierarchical structure and responsibilities in the health care sector expose employees to elevated risks of bullying. The negative consequences are health problems, such as a reduction in self-esteem, insomnia, depression, anxiety, personality disorders and post-traumatic stress disorders as well as consequences for the company and the society.

The aim of this master thesis is to identify resilience factors and actions to strengthen individual resilience of care workers who are exposed to horizontal bullying at work. The thesis is based on a literature review. German and English literature, found in scientific journals and databases of the Medical University of Graz and the Alpen-Adria University of Klagenfurt was used alongside literature from libraries.

The results indicate that especially stress seminars and workshops, courses as well as education- and training methods and information sessions can be used to raise awareness about bullying situations and increase individual resilience in nursing staff. Various measures such as the formation of health groups and the utilization of mediation techniques and physical exercises can support the nursing workforce to promote their resilience factors, in addition to the written and oral examination of the problem-situation. The implementation of role plays, the use of video vignettes, role-modeling and the offer of training methods, such as sensitivity training and assertiveness training, serve as promoting measures as well. Also, by the usage of techniques, such as of mentoring and emotion coaching by the employer or colleagues, especially social support and emotion regulation can be improved. As the adverse effects of bullying can be reduced by the participation in resilience programmes, it is highly relevant to offer a number of these methods simultaneously.

1. Einleitung

Mobbing ist ein bekanntes Phänomen. Insbesondere im Gesundheits- und Sozialbereich ist Mobbing im Vergleich zu anderen Branchen wie Groß- und Einzelhandelskaufleuten, Ein- und Verkaufsfachleuten, Reinigungs- und Entsorgungsberufen, Berufen des Landverkehrs und landwirtschaftlichen Berufen weit verbreitet (vgl. Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002, S. 32 f.). Im Gesundheitsberuf sind Pflegekräfte und andere in Gesundheitsberufen tätige Personen, wie Psycholog-Innen, Ernährungsberater-Innen, Hebammen, Beamten-Innen des Gesundheitsamts, Sachbearbeiter-Innen und weiteres medizinisches Personal im Vergleich zu Ärzt-Innen, öfters Mobbing ausgesetzt (vgl. Yavuzer & Civilidag, 2014). Gerade Pflegekräfte werden in der Literatur häufig als Opfer identifiziert (vgl. Meissner, 1986). Mobbing bedroht den beruflichen Status des Opfers und ruft viele negative Faktoren auf das soziale Leben hervor, wie ein vermindertes Selbstwertgefühl, Depressionen, Ängste, Ärger, Müdigkeit und eine geringe Motivation (vgl. Pranjić, Maleš-Bilić, Beganlić, & Mustajbegović, 2006). Manchmal verstecken sich Mobbingkrankungen auch unter Syndromdiagnosen wie Insomnie, Paranoia, Anpassungsstörungen, Störungen der Persönlichkeit und posttraumatischen Belastungsstörungen (vgl. Bämayer, 2001). Auch auf der betrieblichen und gesellschaftlichen Ebene wurden Konsequenzen von Mobbing festgestellt. Daher ist es wichtig Mobbinghandlungen zu reduzieren (vgl. Kolodej, 2005, S. 101 ff.; Rosenstein & O'Daniel, 2008).

Aktuelle Literatur nimmt vor allem auf wirksame Interventionen in der Schule Bezug. Supervisionen am Spielplatz, ernsthafte Gespräche mit den Mobbingtäter-Innen sowie der Entzug gewisser Privilegien, das Ansetzen von Elterntreffen sowie ein Verhaltenstraining in Eltern, Kindern und Jugendlichen kann Mobbing an der Schule reduzieren (vgl. Ttofi & Farrington, 2010, Vreeman & Carroll, 2007). Es konnte jedoch noch keine effektive, bewiesene Methode um Mobbingfolgen am Arbeitsplatz zu vermeiden, gefunden werden (vgl. Rayner & Lewis, 2011, S. 327 ff.). Es gibt zwar viele Maßnahmen wie die Entwicklung von Anti-Bullying Strategien und die Durchführung von Risikoanalysen (vgl. Vartiainen, 2013, S. 11 f.) sowie Empfehlungen Dienst-, und Betriebsvereinbarungen gegen Mobbing abzuschließen (vgl. Paridon, 2003), aber solche Methoden zur Elimination von Mobbing dauern zu lange und auf evidenzbasierende Maßnahmen zurückzugreifen ist sehr selten (vgl. Longo, 2012, S. 50, 2010). Des Weiteren gibt es in der Literatur allgemeine

Ratschläge für Führungspersonal den Führungsstil zu verändern oder das Stresslevel der Mitarbeiter–Innen zu reduzieren, da Mobbing mit einem negativen Arbeitsklima, hoher Arbeitsbelastung und Unzufriedenheit zusammenhängt. Jedoch werden keine konkreten, auf Wirksamkeit geprüfte, Interventionen vorgeschlagen (vgl. Hoel & Cooper, 2000, S. 27 f.; Vartia-Väänänen, 2013, S. 13). Ein Grund dafür ist, dass nur wenige leitende Personen sowie Sicherheits- und Gesundheitsvertreter–Innen, Mobbinghandlungen in der Arbeit eine große Bedeutung beimessen. Auch ein Mangel an Ressourcen, vor allem in kleineren Unternehmen stellt häufig ein Problem dar (vgl. Vartia-Väänänen, 2013, S. 5 ff.).

Diese Arbeit untersucht daher andere Wege, um die negativen Konsequenzen von Mobbing einzudämmen. Effektive Strategien zur Stärkung der individuellen Resilienz anzubieten, sind das Schlüsselwort (vgl. Berry, Gillespie, Gordon, Gates & Schafer, 2012). Es soll untersucht werden, wie bestimmte Resilienzfaktoren und somit die individuelle Resilienz gegenüber Mobbing von Mitarbeiter–Innen im Pflegebereich gestärkt werden können um Mobbing und Mobbingfolgen zu reduzieren. Außerdem soll die empirische Literatur zu Resilienz und Mobbing zusammengeführt werden. Die Relevanz dieser Arbeit unterstreicht die Tatsache, dass der Zusammenhang zwischen Mobbing und individueller Resilienz bisher schlecht erforscht wurde (vgl. Sauer, 2013, S. 15). Die Theorie der Arbeit bildet das Trainingsmodell nach Faller (2013, S. 104). Vor diesem Hintergrund wird in dieser Arbeit folgende Forschungsfrage gestellt:

Welche Resilienzfaktoren gegenüber Mobbing unter Pflegekräften können vor dem Hintergrund der bisherigen Literatur identifiziert werden? Durch welche Maßnahmen können diese Faktoren gefördert werden?

Die Resultate dieser Arbeit können sowohl überbetrieblichen Organisationen als auch den Gesundheitsbetrieben selbst helfen, die individuelle Resilienz von Personen im Gesundheitswesen zu fördern und somit Mobbing und Mobbingfolgen einzudämmen.

Resilienz wird in dieser Arbeit als Kompetenz verstanden, Krisen durch die Nutzung verschiedenster Ressourcen zu bewältigen (vgl. Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006, S. 13). Die Disposition sich prekären Umständen anzupassen, ist gerade in Gesundheitsberufen aufgrund der hohen Anzahl an Belastungen, wie beispielsweise Leistungsdruck oder ständigen Unterbrechungen, essentiell (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 167 ff.). Das bedeutet, dass Pflegekräfte die versuchen negative Emotionen zu überwinden, eine bessere Arbeitsleistung erbringen können und sich somit zufrieden und wohler am Arbeitsplatz fühlen

(vgl. Berges und Landa, 2014). Dies lässt vermuten, dass die Stärkung der individuellen Resilienz auch gegen Mobbing hilfreich sein kann, was die Wichtigkeit der Forschungsfrage unterstreicht.

Einschränkend wird in dieser Masterarbeit auf das horizontale Mobbing (Mobbing zwischen Pflegekräften) eingegangen, denn die Zahlen von horizontalem Mobbing liegen unter Pflegepersonen im Krankenhaus bei ungefähr 60 Prozent (vgl. Wilson, Diedrich, Phelps & Choi, 2011). Im Pflegebereich sind sehr viele Personen vertreten welche sich gegenseitig zu unterdrücken versuchen (vgl. St-Pierre & Holmes, 2008) und den Dokumentationen zu gleichrangigem Mobbing werden nicht genug Beachtung geschenkt (vgl. Araujo & Sofield, 2011).

Die Forschungsfrage wird anhand einer Analyse der bisherigen Literatur untersucht. Für die Literaturrecherche wurde sowohl englisch- als auch deutschsprachige Literatur aus Zeitschriften, Büchern, Online-Veröffentlichungen und Internetseiten miteinbezogen. Die wichtigsten Datenbanken waren Google Scholar, Pubmed, Ebscohost und SpringerLink. Des Weiteren wurde im Gesamtbestand, in lokalen Online-Katalogen sowie der Elektronischen Zeitschriftendatenbank der Medizinischen Universität Graz und der Alpen-Adria Universität Klagenfurt nach Literatur recherchiert. Außerhalb der Datenbanken und Universitätsbibliotheken wurde auch Literatur der AK-Bibliothek Graz und der Stadtbibliothek Graz Literatur hinzugezogen. Die Literaturrecherche fand zwischen Ende Februar bis Anfang Juli 2016 statt. Folgende Begriffe und Kombinationen wurden für die Suche am Häufigsten verwendet: „*mobbing*“, „*health*“, „*nurse*“, „*nursing*“, „*horizontal mobbing*“, „*conflict*“, „*resilience*“, „*gender*“, „*Resilienz*“ und „*horizontales Mobbing*“ sowie die einzelnen Resilienzfaktoren. Es wurde versucht, den Begriff „Bullying“ nicht als Suchbegriff zu verwenden, da dieser eher den schulischen, nicht jedoch den Arbeitskontext bezeichnet. Einschlusskriterien welche verwendet wurden waren „*ab dem Jahre 2000 oder 2012*“, „*Publications*“, „*Articles*“, „*PMC*“, „*open-access articles*“, „*free-full text*“, „*Academic Journal*“ und „*newest first*“. Ausschlusskriterien betrafen „*ohne Preview*“ und „*ohne Patent und Zitate*“. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass nach dem Schneeballsystem vorgegangen wurde, das heißt ein Suchverfahren wurde genutzt in welchem Quellenangaben oder Fußnoten von Forschungsliteratur nach weiterer passender Literatur durchsucht werden und dies beliebig oft wiederholbar ist.

Diese Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Mobbing am Arbeitsplatz, Resilienz als Widerstandskraft gegenüber Mobbing unter Pflegekräften, Strategien zur Förderung der Resilienzfaktoren und Diskussion. Das folgende Kapitel „*Mobbing am Arbeitsplatz*“ befasst sich in erster Linie mit verschiedenen Definitionen. Begriffe wie Mobbing, negative kommunikative Handlungen, Bossing, Staffing, Chairing und Konflikt werden erklärt um Abgrenzungen beziehungsweise Zusammenhänge der Begriffe besser zu verdeutlichen. Daraufhin werden mit kontinuierlichem Bezug auf horizontales Mobbing und den Pflegebereich die Phasen des Mobbingkonflikts, Prävalenzen von Mobbing im Gesundheitssektor, geschlechtliche Unterschiede bei Mobbinghandlungen und Opferverhalten und deren Ursachen sowie Ursachen und Konsequenzen von Mobbing am Arbeitsplatz erläutert um die Relevanz dieses Themas für die individuelle Resilienzförderung hervorzuheben. Weiterführend wird der Begriff Resilienz erklärt, als sowohl die einzelnen Resilienzfaktoren mit deren geschlechtsdifferenzierten Anwendung beschrieben und zum Schluss die Theorie erklärt, welche die Wichtigkeit des dritten Kapitels unterstreicht. Im dritten Kapitel werden die Inhalte der zwei vorangegangenen Kapitel zusammengefasst und sich mit dem Thema befasst welche Maßnahmen vor allem Krankenhäuser und überbetriebliche Organisationen umsetzen können, um die einzelnen Resilienzfaktoren in Pflegekräften zu fördern. Als Schluss folgt die Diskussion, in welcher die Forschungsfrage beantwortet wird und zu der Arbeit kritisch Stellung bezogen wird.

2. Mobbing am Arbeitsplatz

Ziel dieses Kapitels ist es den Stand der Forschung zu Mobbing am Arbeitsplatz, mit dem Fokus auf den Gesundheitssektor und horizontales Mobbing darzustellen und in Folge die Wichtigkeit der Resilienzförderung zu betonen. Zuerst werden verschiedene Definitionen zu Mobbing aufgelistet, die negativen kommunikativen Handlungen sowie ähnliche Mobbingbegriffe wie Bossing, Staffing, Chairing und Konflikt in einem Kapitel erläutert. Daraufhin werden die einzelnen Phasen des Mobbingkonflikts erklärt, danach geschlechtliche Unterschiede der Mobbinghandlungen und Reaktionen erläutert und als Schluss die Ursachen und Konsequenzen von Mobbing am Arbeitsplatz beschrieben.

2.1. Definition des Begriffs Mobbing

Der Mobbing-Begriff stammt aus dem Englischen und leitet sich vom Wort „*mob*“ (Teuschel, 2010, S. 3) ab, was so viel wie Pöbel und Gesindel bedeutet. Im Jahre 1963 führte der Verhaltensforscher Konrad Lorenz den Begriff zum ersten Mal ein und meinte damals damit das Verhalten von einer Gruppe von Tieren, welche gemeinsam versuchen den Feind zu besiegen (vgl. ebd., 2010, S. 3). In der heutigen Verwendungsweise taucht der Begriff „*Mobbing*“ (ebd., 2010, S. 3) zum ersten Mal beim Psychologen Heinz Leymann im Jahre 1984 auf. Durch sein Buch „*Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*“ (ebd., 2010, S. 3) legte er neun Jahre später den Anfang sich mit diesem Phänomen näher zu beschäftigen (vgl. ebd., 2010, S. 3) und definiert Mobbing aus arbeitspsychologischer Sichtweise folgendermaßen: „*Der Begriff Mobbing beschreibt negative kommunikative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (von einer oder mehreren anderen) und die sehr oft und über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen*“ (Leymann, 1993 S. 21). Über einen längeren Zeitraum bedeutet hier, dass sich eine oder mehrere von 45 weiter unten beschriebenen Mobbinghandlungen mindestens einmal in der Woche über mehr als sechs Monate wiederholen (vgl. Leymann, 1996). Des Weiteren müssen diese Mobbinghandlungen ein Individuum betreffen. „*Gemobbt werden kann nicht eine ganze Gruppe oder ein Kollektiv*“ (Leymann, 1993, zitiert nach Teuschel, 2010, S. 12). So kann es beispielweise in einem Krankenhaus nicht passieren, dass das Pflegepersonal als kollektives Opfer von Mobbing gesehen wird, denn jede individuelle Situation ist ein individueller

Mobbingfall (vgl. Teuschel, 2010, S. 12). Das Ziel von Mobbing ist auf emotionaler Ebene die Psyche Erwachsener am Arbeitsplatz anzugreifen. Als Konsequenzen können ernsthafte gesundheitliche und soziale Schäden auftreten (vgl. Leymann, 1996).

Eine weitere Definition von Mobbing aus der Arbeitswissenschaft stellt diejenige von Esser und Wolmerath dar (2005):

Mobbing ist ein Geschehensprozess in der Arbeitswelt, in dem destruktive Handlungen unterschiedlicher Art wiederholt und über einen längeren Zeitraum gegen Einzelne vorgenommen werden, welche von den Betroffenen als eine Beeinträchtigung und Verletzung ihrer Person empfunden werden und dessen ungebremster Verlauf für die Betroffenen grundsätzlich dazu führt, dass ihre psychische Befindlichkeit und Gesundheit zunehmend beeinträchtigt werden, ihre Isolation und Ausgrenzung am Arbeitsplatz zunehmen, dagegen die Chancen auf eine zufriedenstellende Lösung schwinden und der regelmäßig im Verlust ihres bisherigen beruflichen Wirkbereiches endet. (S.22)

Bezüglich des Zeitraums und der Frequenz der Mobbinghandlungen weicht diese Definition von der strikten Definition Leymanns (1996) ab, in welcher ein genauer Zeitraum von Mobbinghandlungen definiert wird. Beispielsweise kann erfasst werden, dass auch Mitarbeiter–Innen die nur alle zwei Wochen in den Betrieb kommen genauso Opfer von Mobbinghandlungen werden können (vgl. Teuschel, 2010, S. 16).

Es gibt aber noch andere gängige Sichtweisen und Begriffe für Mobbing. Mobbing kann beispielsweise aus institutioneller Sicht betrachtet werden und kann unter dem Begriff der Viktimisierung als das Vorkommen eindeutig negativer Handlungen verstanden werden, welche in beleidigender Weise gegen einzelne Arbeitnehmer–Innen gerichtet sind (vgl. Swedish National Board of Occupational Health and Safety, 1993, S. 17). Der Begriff kann jedoch auch rein aus psychologischer Sicht betrachtet werden und nicht im Arbeitskontext bedeutend sein. Mobbing wird dabei beschrieben als die Konfrontation des/der Betroffenen mit Mobbingattacken innerhalb einer Täter–Innen-Opfer-Beziehung in einer Gemeinschaft oder aufgrund einer Abhängigkeitsrelation der Täter–In durch den sogenannten psychischen Terror woraufhin es zu gesundheitlichem als auch sozialem Schaden kommen kann (vgl. Bämayer, 2012). Durch die Popularität des Phänomens wurde in späterer Folge der

Mobbingbegriff aber auch als Alltagswort gebräuchlich (vgl. Agevall, 2004, S.2). Neben Beleidigungen, Erniedrigungen/Demütigungen, Einschüchterungen, Verspottungen und Beschimpfungen (vgl. Rippon, 2000), können auch Schikanen, Belästigungen, Drohungen und Diskriminierungen (vgl. Di Martino, 2002, S. 11 f.) unter dem Sammelbegriff des Mobbings zusammengefasst werden, solange diese Handlungen auf längere Sicht geschehen (vgl. Zapf, 1999). Alternativ kann der Begriff „*Seelische Gewalt*“ (Dietl, 1996, S. 3) im Alltag verwendet werden. Gewalt muss sich nicht auf körperliche Schmerzen beschränken. Schmerzen können auch aus Verhalten und Sprache, durch Beleidigungen und Bedrohungen resultieren, hier spricht man dann von seelischer Gewalt (vgl. ebd., 2015, S. 3). In England und Australien wird Mobbing in der Forschung wiederum mit „*bullying*“ (Leymann, 1996, S. 167) übersetzt. Dieses Wort wird aber von ForscherInnen nicht immer als für den Arbeitskontext passend empfunden, da es eher in Schulen benutzt wird und sich durch physische Aggression und Drohungen abzeichnet (vgl. Leymann, 1996). Der Begriff „*workplace bullying*“ (Lorho & Hilp, 2001, S. 6) hat sich dort daher für Bullying am Arbeitsplatz durchgesetzt. Außerdem werden die Begriffe „*workplace psychological harassment*“ (Crawshaw, 2009, S. 265) und „*psychological terror*“ (Leymann, 1996, S. 168) verwendet. In den Vereinigten Staaten werden „*employee abuse*“ oder „*workplace terrorism*“ (Lorho & Hilp, 2001, S. 6) statt Bullying am Arbeitsplatz verwendet. Diese Konzepte erklären dasselbe Phänomen und sind austauschbar (vgl. Zapf und Leymann, 1996). Deswegen wird in dieser Arbeit durchgehend der Begriff Mobbing verwendet.

Da in dieser Arbeit der berufliche Kontext betrachtet wird und in der Forschung die Sichtweise Leymann's (1993, S. 21) eine gängige Definition darstellt, wird diese Definition in der Arbeit verwendet. Negative kommunikative Handlungen spielen in dieser Definition eine zentrale Rolle und sollen daher im Folgenden genauer erklärt werden. Unter negativen kommunikativen Handlungen werden alle Boshafigkeiten, Gemeinheiten, Beleidigungen und körperlichen Übergriffe zusammen verstanden, wobei physische Gewalt am Arbeitsplatz sehr selten vorkommt (vgl. Leymann, 1993, S. 33). Es gibt fünf Kategorien welche auf den folgenden zwei Seiten in Tabelle 1 dargestellt werden.

Tabelle 1: 45 negative kommunikative Handlungen (Teuschel, 2010, S. 6 f.)

1. Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen:

Der Vorgesetzte schränkt die Möglichkeiten ein, sich zu äußern.

Man wird ständig unterbrochen.

Kolleg[–Inn]en schränken die Möglichkeiten ein, sich zu äußern.

Anschreien oder lautes Schimpfen.

Ständige Kritik an der Arbeit.

Ständige Kritik am Privatleben.

Telefonterror.

Mündliche Drohungen.

Schriftliche Drohungen.

Kontaktverweigerung durch abwertende Blicke oder Gesten.

Kontaktverweigerung durch Andeutungen, ohne daß [sic] man etwas direkt ausspricht.

2. Angriffe auf die sozialen Beziehungen:

Man spricht nicht mehr mit dem/der Betroffenen.

Man läßt [sic] sich nicht ansprechen.

Versetzung in einen Raum weitab von den Kolleg[–Inn]en.

Den Arbeitskollegen/innen wird verboten, den/die Betroffene/n anzusprechen.

Man wird *wie Luft* behandelt [Hervorhebung hinzugefügt].

3. Auswirkungen auf das soziale Ansehen:

Hinter dem Rücken des [oder der] Betroffenen wird schlecht über ihn [oder sie] gesprochen.

Man verbreitet Gerüchte.

Man macht jemanden lächerlich.

Man verdächtigt jemanden, psychisch krank zu sein.

Man will jemanden zu einer psychiatrischen Untersuchung zwingen.

Man macht sich über eine Behinderung lustig.

Man imitiert den Gang, die Stimme oder Gesten, um jemanden lächerlich zu machen.

Man greift die politische oder religiöse Einstellung an.

Man macht sich über das Privatleben lustig.

Man macht sich über die Nationalität lustig.

Man zwingt jemanden, Arbeiten auszuführen, die das Selbstbewußtsein [sic] verletzen.

Man beurteilt den Arbeitseinsatz in falscher und kränkender Weise.

Man stellt die Entscheidungen des/der Betroffenen in Frage.

Man ruft ihm/ihr obszöne Schimpfworte oder andere entwürdigende Ausdrücke nach.

Sexuelle Annäherungen oder verbale sexuelle Angebote.

Tabelle 1 (Fortsetzung): 45 negative kommunikative Handlungen (Teuschel, 2010, S. 7)

4. Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation:

Man weist dem [oder der] Betroffenen keine Arbeitsaufgaben zu.

Man nimmt ihm [oder ihr] jede Beschäftigung am Arbeitsplatz, so daß [sic] er [oder sie] sich nicht einmal selbst Aufgaben ausdenken kann.

Man gibt ihm [oder ihr] sinnlose Arbeitsaufgaben.

Man gibt ihm [oder ihr] Aufgaben weit unter seinem [oder ihrem] eigentlichen Können.

Man gibt ihm [oder ihr] ständig neue Aufgaben.

Man gibt ihm [oder ihr] *kränkende* Arbeitsaufgaben [Hervorhebung hinzugefügt].

Man gibt dem [oder der] Betroffenen Arbeitsaufgaben, die seine [oder ihre] Qualifikation übersteigen, um ihn [oder sie] zu diskreditieren.

5. Angriffe auf die Gesundheit:

Zwang zu gesundheitsschädlichen Arbeiten.

Androhung körperlicher Gewalt.

Anwendung leichter Gewalt, zum Beispiel um jemandem einen *Denkzettel* zu verpassen [Hervorhebung hinzugefügt].

Körperliche Mißhandlung [sic].

Man verursacht Kosten für den/die Betroffene, um ihm/ihr zu schaden.

Man richtet physischen Schaden im Heim oder am Arbeitsplatz des/der Betroffenen an.

Sexuelle Handgreiflichkeiten.

Für die erste Kategorie ist es typisch, dass der/die Betroffene mit den Kolleg-Innen weder sprechen, noch sich rechtfertigen kann. Alle Ereignisse geschehen nur aufgrund von Gerüchten und Vorurteilen. Es werden keine offenen Konflikte ausgetragen, da darin kein Interesse besteht. In der zweiten Kategorie wird der/die Betroffene buchstäblich 'wie Luft behandelt', während in der nächsten Kategorie Taten vorherrschen. Der/die Schwächste wird offen erniedrigt und schikaniert. In der vorletzten Kategorie wird sich in das Berufsleben und dadurch auch in die Lebenssituation eingemischt, indem Personen manipuliert werden oder die Fähigkeiten des Opfers untergraben werden. Die letzte Kategorie ist einer der Schlimmsten da hierbei durch indirekte oder direkte Schikanen, psychische und physische gesundheitliche Probleme auftreten können (vgl. Smutny & Hopf, 2012, S. 34 ff.). Die gerade genannten negativen kommunikativen Handlungen müssen jedoch nicht automatisch zu Mobbing führen, denn es gibt noch viele andere Situationen wie beispielsweise die Manipulation von Situationen am Arbeitsplatz, die Inbesitznahme von anderer Leute Arbeitsergebnisse, die Erfindung von Beschwerden der Kolleg-Innen und das Herabwür-

digen privater Interessen. Die Mobbinghandlungen sind also sehr vielseitig (vgl. ebd., 2012, S. 37).

Zu den hier verwendeten Definitionen des Begriffs Mobbing sind die Begriffe Bossing, Staffing, Chairing und Konflikt abzugrenzen, da sich die Arbeit auf Mobbing zwischen Pflegekräften der gleichen Ebene konzentriert. Hierzu ist zu wissen, dass Mobbing in zwei Richtungen auftreten kann: vertikal und horizontal. Wenn Mobbing von Vorgesetzten gegenüber den unterstellten Mitarbeiter–Innen ausgeht oder umgekehrt, ist das vertikale Mobbing gemeint (vgl. Smutny & Hopf, 2012, S. 26). Die häufigste Form hiervon ist jene von 'oben' nach 'unten' wofür auch der Begriff „*Bossing*“ (ebd., 2012, S. 26) verwendet wird. „*Staffing*“ (ebd., 2012, S. 26) von 'unten' nach 'oben' tritt seltener auf. Horizontales Mobbing, oder auch laterales Mobbing genannt (vgl. Rittenmeyer, Huffman, Hopp & Block, 2013), ist einerseits unter dem Begriff „*Chairing*“ (Smutney & Hopf, 2012, S. 26) bedeutsam, wenn das Mobbingverhalten zwischen Vorgesetzten gemeint ist, kann sich aber auch auf die systematischen Schikanen unter Kolleg–Innen der gleichen Ebene beziehen (vgl. ebd., 2012, S. 26). Beim horizontalen Mobbing unter Kolleg–Innen gilt es in der Arbeit zwei Gruppen von Mobbingtäter–Innen zu unterscheiden, die formellen, beispielsweise Projektgruppen und informellere Gruppen wie beispielsweise Pausengruppen. Die Mobbinghandlungen gehen somit von einer Gruppe aus. Formelle Gruppenbildungen treten durch ein gemeinsamen Projekt auf und können den Tätern beziehungsweise Täter–Innen durch ein 'Wir-Gefühl', gemeinsame Ängste und eine bestimmte Rangordnung, ein Gefühl von gegenseitiger Unterstützung geben. Bei informellen Gruppen ist das Gleiche; es herrscht ein Zusammengehörigkeitsgefühl durch persönliche Beziehungen und gemeinsame private Interessen. Im Gegensatz zu mehreren Täter–Innen kann jedoch nur eine Person zum Mobbingopfer zu werden. Materielle Abhängigkeit, die hierarchische Stellung des Opfers, aber auch psychische (Selbstwert) und physische Faktoren (Muskelkraft) verhindern zusätzlich zu der Isolierung des Opfers einen leichten Ausstieg aus der Situation (vgl. Merk, 2014, S. 14).

Mobbingsituationen unterscheiden sich von normalen Konflikten. Als Konflikt werden beispielsweise vereinzelte, unangenehme und besorgniserregende Sticheleien oder Tätigkeiten verstanden. Der Unterschied besteht in erster Linie im Ungleichgewicht der Machtverhältnisse, einem wiederholenden Verlauf und andersartigen Ursachen. Anders als bei Konflikten geht Mobbing mit dem Ziel des Verlustes des Arbeitsplatzes des Opfers, einem

schlechten Gesundheitszustand und Isolation einher. Außerdem geschehen die Mobbing-Schikanen systematisch anstatt zufällig, also mit einer gewissen Absicht (vgl. Teuschel, 2010, S. 19 ff.). Ein unerwartetes Machtverhältnis bedeutet, dass das Ungleichgewicht von zwei Konfliktparteien nicht zwingend durch verschiedene hierarchische Positionen entstehen muss, aber unter Kolleg–Innen auch aufgrund von mehr Wissen und Erfahrung gegenüber dem Opfer und zusätzlicher Unterstützung durch eine Leitungsposition, entstehen kann (vgl. Einarsen, 1999). Von seelischer Gewalt wird erst gesprochen, wenn das Ziel die Verjagung und der Ausschluss aus dem Arbeitsleben ist. Auch Scherze unter Kolleg–Innen sind noch kein Mobbing. Erst wenn das Opfer die Täter–Innen auf die Scherze aufmerksam macht und diese die Situation trotzdem nicht beenden, kann die Handlung als Mobbing empfunden werden. Ebenfalls bei Streitigkeiten und Gehässigkeiten zwischen zwei Gruppen, wie dem klinischen Personal auf einer internen Abteilung und einer psychiatrischen Abteilung, wird der Konflikt erst zum Mobbing wenn das Opfer ausgegrenzt wird und nicht die Unterstützung der restlichen Gruppe hat (vgl. Teuschel, 2010, S. 22 ff.). Mobbing kann in dem Sinne also nicht mit einem Konflikt gleichgesetzt werden. Folgende zwei Punkte sprechen jedoch dafür, dass Konflikte als Ausgangsbasis für Mobbinghandlungen verstanden werden können. Erstens zeigt die Literatur auf, dass ein ungelöster oder nicht richtig beendeter Konflikt die Mobbingentstehung fördern kann (vgl. Leymann, 1993, 1996). Diese Aussage unterstreicht eine Definition von Leymann (1995, S. 18) in welcher Mobbing folgendermaßen bezeichnet wird: „[...] *eine konfliktbelaste Kommunikation am Arbeitsplatz unter Kollegen oder zwischen Vorgesetzten und Untergebenen* [...]“. Zweitens, erfordern sowohl Mobbing als auch Konflikte eine interaktive Kommunikation zwischen mindestens zwei Parteien und rufen feindselige Aktionen hervor, was für eine gewisse Gemeinsamkeit beider Begriffe spricht (vgl. Keashly & Nowell, 2003, S. 339 ff.). Aufgrund dieser Nachweise werden Konflikte als die Ausgangsbasis für horizontale Mobbinghandlungen verstanden, was im nächsten Kapitel näher erklärt wird.

2.2. Phasen des Mobbingkonflikts

Mobbing durchläuft mehrere Phasen. Dies verdeutlicht die Dynamik des Mobbingprozesses als auch, dass Mobbing mit einer stetigen Zunahme des Schweregrades verbunden sein kann (vgl. Teuschel, 2010, S. 27). Obwohl Konflikte nichts Absonderliches im Arbeitsleben darstellen, ist der Umgang mit Konflikten entscheidend dafür, ob es im weiteren Ver-

lauf zu Mobbing kommt. In den meisten Fällen löst sich ein Konflikt schnell auf und es wird sich für eine beleidigende Anmerkung entschuldigt und so weiter. Ein Problem stellt es erst dann dar, wenn der Konflikt nicht gelöst wird und schleichend anschwellt, bis es zum Ausbruch kommt und Mobbing entsteht (vgl. Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 107). Beim Mobbingkonflikt kommt es zu (vgl. Teuschel, 2010):

"1. Phase der Anbahnung des Konfliktes

2. Phase der Mobbing-Handlungen

3. Phase der Einflussnahme von außen

4. Phase der Beendigung" (S.32)

Mit Anbahnung des Konflikts ist gemeint, dass es sich in der ersten Phase noch nicht um Mobbing handelt, es jedoch bereits bewusst oder unbewusst einen Konflikt gibt, welcher sich durch innere Spannungen zeigt (vgl. Teuschel, 2010, S. 32). Aufgrund von Problemen in der zwischenmenschlichen Kommunikation wird der Konflikt nicht gelöst, sondern versucht zu ignorieren. Durch eigene Interpretationen und dadurch entstehende Missverständnisse führt es irgendwann zur Eskalation (vgl. Eckardt, 2013). Auf der nächsten Stufe treten die einzelnen Mobbing-Handlungen in Erscheinung welche schleichend oder plötzlich geschehen können. Die ersten Selbstzweifel und gesundheitliche Auswirkungen können sich dadurch entwickeln (vgl. Teuschel, 2010, S. 35 ff.). Auf der nächsten Stufe wirken Kräfte von Außen ein, was bedeutet das Mobbingopfer nach dem ersten Ausbruch gesundheitlicher Konsequenzen normalerweise einen externen Arzt, Beratungsstellen oder JuristInnen aufsuchen oder sich von Betriebs-, Personalräten sowie Betriebsärzten Unterstützung suchen. Betroffene Personen neigen hierbei eher dazu zuerst Hilfe im Betrieb zu suchen bevor sie auswärts zu einem Arztgehen oder sich an eine Institution wenden, jedoch spielt das soziale Klima im Betrieb dabei eine große Rolle. Aktive Gegenmaßnahmen im Betrieb wie die Ausstellung von Gutachten oder Krankenscheinen, können eine Hilfe für Betroffene darstellen sich von den Mobbinghandlungen leichter zu erholen. Die letzte Stufe ist mit der Beendigung von Mobbing durch den Ausstieg aus dem Betrieb gekennzeichnet. Doch die Folgen welche sich durch die Mobbinghandlungen entwickelt haben bleiben oft trotzdem bestehen. Erst nach der Auflösung des Konflikts, können die eigentlichen therapeutische Maßnahmen beginnen, da sich in den ersten drei Phasen das Opfer noch mitten im Mobbinggeschehen befindet (vgl. ebd., 2010, S. 43 ff.). Nach der Erläuterung der einzelnen Phasen wird im weiteren Verlauf auf die Mobbingverbreitung eingegangen.

2.3. Verbreitung von Mobbing im Gesundheitssektor

Mobbing ist im Gesundheitsbereich weit verbreitet. Die erste deutschsprachige Studie nur zu Mobbing im Gesundheitssektor fand vor ungefähr 20 Jahren in Österreich statt. Die Mobbingquote lag damals zwischen und 7,8 und 26,6 Prozent in Krankenhäusern, jedoch nur bei Personen im Verwaltungsbereich und ohne Pflegekräfte und anderes medizinisches Personal mit einzubeziehen (N=379) (vgl. Niedl, 1995, S.104). Die Forschung wurde seitdem aber kontinuierlich erweitert. Nachfolgende aktuellere Ergebnisse zeigen, dass heutzutage sehr wohl der Gesundheitsbereich, aber speziell der Pflegesektor, in Bezug auf Mobbinghandlungen, vorne liegt. Es konnten jedoch nur internationale Studien gefunden werden. In Amerika beträgt die Rate von gemobbten Pflegepersonen, tätig in Krankenhäusern, Pflegeheimen und der Heimpflege, 75 Prozent (N= 197) und bei medizinischem und Pflegepersonal im Operationsdienst in Krankenhäusern 84,5 Prozent (N=517) (vgl. Berry, Gillespie, Gates, Schafer, 2012; Stagg, Sheridan, Jones & Speroni, 2011).

Speziell für horizontales Mobbing unter Pflegepersonal zeigen Studien aus Australien, der Türkei und Amerika, dass im Durchschnitt ungefähr zwischen 17 und 50 Prozent von Pflegekräften von Kolleg-Innen in Krankenhäusern und Pflegevereinen gemobbt werden (vgl. Curtis, Bowen, & Reid, 2007; Johnson & Rea, 2009; Yildirim & Yildirim, 2007). 82 Prozent der Pflegekräfte (N=950) einer Studie aus England, erleben sogar täglich oder wöchentlich horizontale Gewalt am Arbeitsplatz (vgl. Dumont, Meisinger, Whitacre & Corbin, 2012) und 74,2 (N=388) Prozent der Pflegekräfte in spanischen Krankenhäusern wurden in den letzten sechs Monaten Opfer von ein- oder mehrmaligem Mobbing untereinander (vgl. Topa und Moriano, 2013). Ähnliche Ergebnisse konnten für Pflegekräfte aus Australien, Neuseeland und Taiwan gefunden werden welche ebenso einem extremen negativem Verhalten, oftmals durch Kolleg-Innen ausgelöst, ausgesetzt wurden (vgl. Hutchinson, Wilkes, Jackson & Vickers, 2010; McKenna, Smith, Poole & Coverdale, 2003; Pai & Lee, 2011). Es gibt somit sehr viele unterschiedliche Prävalenzraten weltweit zu bemerken. Warum gerade in Krankenhäusern Mobbinghandlungen auftreten, lässt sich durch zwei Faktoren erklären; die hierarchische Stellung und verschiedene Arbeitsansichten der Pflegekräfte. Aufgrund der hierarchischen Struktur sowie der Vielfalt an spezialisierten Fachkräften und unterschiedlichen Werten und Meinungen, können in einem Krankenhaus im zwischenmenschlichen Bereich, Mobbinghandlungen leicht ausgelöst werden

(vgl. Gerber, 2004; Iseringhausen; 2009; Fitzgerald, 2010, zitiert nach Ehresmann, 2004, S. 163).

Auch geschlechtliche Unterschiede in der Verbreitung von Mobbing werden in der Literatur genannt. Die Mehrheit von weiblichen Personen welche pflegende Tätigkeiten ausüben und direkten Kontakt mit anderen Menschen haben, erfahren mehr Mobbing als Männer (vgl. Mayhew & Chappell, 2001, S. 3, 2007). Die Annahme, dass horizontales Mobbing im Pflegebereich vor allem bei Frauen auftritt, konnten mehrere Quellen bestätigen (vgl. Curtis, Bowen & Reid, 2007; Pai & Lee, 2011; Yildirim, 2009). Doch nicht nur in der Prävalenz gibt es geschlechtliche Unterschiede zu vermerken, denn auch die gewählten Mobbingmethoden sowie das Verhalten in einer Mobbingssituation sind von Geschlecht zu Geschlecht verschieden.

2.4. Geschlechtliche Unterschiede bei Mobbinghandlungen und Opferverhalten und deren Ursachen

Innerhalb eines Pflgeteams können drei verschiedenen Rollen unterschieden werden. Es gibt Pflegekräfte die die Führung übernehmen und Aufgaben zuteilen, Pflegekräfte, die sich anpassen und nicht weiter auffallen wollen und diejenigen die sich nicht anpassen wollen. Letztere werden meist zu den Opfern von Mobbing (vgl. Kirchner, 2000, S. 18). Den horizontalen Mobbinghandlungen welchen die Opfer ausgesetzt sind, gehen mit einer Verweigerung beziehungsweise Intensivierung der Kommunikation einher und somit zählen Beschimpfungen, verletzende Gesten und Blicke (vgl. Merk, 2014, S. 14f.) sowie die Vorenthaltung von wichtigen Daten, Hilfsverweigerung und die Untergrabung eigener Fähigkeiten zu den häufigsten Mobbinghandlungen (vgl. Edwards & O'Connell, 2007). Mobben kann jede Person, doch bezugnehmend auf das geschlechtlich differenzierte Handeln von Mobbing können Unterschiede ausgemacht werden. Frauen haben ein bestimmtes Mobbingmuster. Sie verwenden eher aktive Methoden wie das Lächerlich-machen von anderen Personen, Gerüchteverbreitung, das Aufhetzen, Verunsicherungen, konstante Kritik und Unterbrechungen (vgl. Merk, 2014, S. 17). Männer meiden eher die aktiven Methoden und nutzen häufiger passive Strategien. Sie neigen dazu Personen zu ignorieren und isolieren, weisen Kolleg-Innen unbeliebte Tätigkeiten zu und Betonung von Schwächen und fortwährende Drohungen können dazu gezählt werden (vgl. ebd., 2014, S. 17).

Auch beim Verhalten der Mobbingopfer gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen haben nach Arbeitsplatzmobbing große Probleme ihre Arbeit fortzusetzen. Der Grund ist, dass Frauen sich von der Situation nicht so leicht loslösen können wie Männer und immer nach Gründen oder einer Bestätigung suchen um ihre Opferrolle besser zu verstehen. Aufgrund der (oft fälschlichen) Annahme, dass jedes Problem mit der Zeit von selbst vergeht, tendieren Frauen dazu, sich selbst die Schuld geben, Opfer zu sein, und beschäftigen sich gedanklich mit der Mobbingssituation (vgl. MacIntosh, Wuest, Gray & Aldous, 2010). Sobald sich jedoch die Frau ihrer Rolle als Opfer bewusst wird, werden verschiedene Optionen gegen Mobbing abgewogen. Frauen neigen dazu aktiv gegen Probleme vorzugehen und schließen auch die Möglichkeit nicht aus den Betrieb zu verlassen (vgl. ebd., 2010). Mitunter sind Frauen gewillter über gesundheitliche Probleme, ausgelöst durch Mobbing, zu sprechen und aktiv nach Hilfe zu verlangen, im Gegensatz zu Männern (vgl. Zapf, 1999). Während Männer eher versuchen das Problem selbst zu klären und den/die Mobbingtäter-In zu konfrontieren, suchen Frauen Unterstützung von SupervisorInnen oder Gesundheitsfachkräften (vgl. Salin, 2005).

Laut Literatur werden gerade Frauen als „*soft targets*“ (Chapell & Di Martino, 2006, S. 62 f.) betrachtet und sind mehr mentaler Gewalt als Männer ausgesetzt (vgl. ebd., 2006, S. 62 f.). Frauen werden aus der Sicht von Männern eher als schwach und inkompetent wahrgenommen (vgl. Salin, 2005). Ursachen für die höhere Anzahl weiblicher Mobbingopfer könnten aber auch hierarchisch bedingt sein, da Frauen meist in Positionen tätig sind welche geringere berufliche Sicherheit bieten (vgl. Meschutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002, S. 27). Außerdem ist das betriebliche Konkurrenzdenken untereinander sehr stark ausgeprägt und auch die vermehrte Kritikäußerung von Frauen kann als Mobbinggrund gesehen werden (vgl. ebd., 2002, S. 115). Männer wiederum, mobben häufig in Folge von Stress am Arbeitsplatz und aus keiner bestimmten persönlichen Intention heraus (vgl. Salin, 2005). Zu vermerken ist ebenso, dass Frauen häufig Frauen mobben und Männer andere Männer (vgl. Merk, 2014, S. 71). Im Pflegebereich kann es jedoch auch passieren, dass Männer von Frauen schikaniert werden, da Männer in typischen Frauenberufen unterrepräsentiert sind (vgl. Kirchner, 2000, S. 8). In vielen Ländern sind in Gesundheit- und Sozialberufen mehr Frauen als Männer vertreten und dies sind über 75 Prozent weltweit. Vor allem pflegende Tätigkeiten stellen einen weiblichen Beruf dar (vgl. Mischke und Wingerter, 2012, S.26; World Health Organization, 2008). Den geschlechtlichen Aspekt außer Acht gelassen, sind Gründe warum horizontales Mobbing untereinander entsteht, trotz For-

schung aber noch nicht eindeutig geklärt. Die Ursachen hängen von mehreren verschiedenen Einflussfaktoren ab (vgl. Merk, 2014, S. 67), die im folgenden Kapitel genauer erläutert werden sollen.

2.5. Ursachen von Mobbing

Es ist nicht leicht die Ursachen für Mobbinghandlungen auszumachen, denn selten ist ein einzelner Grund der Auslöser (vgl. Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002, S. 110). Bevor jedoch auf die Ursachen eingegangen wird, ist anzumerken, dass Mobbing einen sozialen Stressor darstellt, das heißt dass Mobbinghandlungen eine stressige Situation für die Beteiligten darstellen (vgl. Holz, Zapf & Dormann, 2004). Psychische Gewalt ist ein Teufelskreis, denn da Mobbinghandlungen Stress erzeugen, verändert eine Person ihr Verhalten was bei Kolleg-Innen zu Befremdung führen kann und als Konsequenz wiederum Mobbing entsteht (vgl. Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 100). Daher können Schikanen sowohl als Stressor, als auch als Folge gesehen werden.

Stress ist: „(...) *die Aktivierungsreaktion des Organismus auf Anforderungen und Bedrohungen-auf die sog. Stressoren*“ (Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 2). Stressoren können auch als Belastungen bezeichnet werden (vgl. Bamberg, Ducki & Greiner, 2004, S. 14). Personen können unterschiedlich auf Stress reagieren. Manche Personen können mit der Belastungssituation gut umgehen, während andere Menschen das nicht können (vgl. Litzcke, Schuh & Pletke, S. 27). Die Auswirkungen gewisser Belastungen sind Stresszustände wie unangenehme, angstbetonte Anspannungen, welche mit der Angst vor Misserfolg, einer inneren Unruhe und Nervosität einher gehen. Psychisch zeichnen sie sich durch ein vermindertes Denk-, Wahrnehmungs-, und Reaktionsvermögen aus, einer überhöhten Arbeitsgeschwindigkeit, aber auch Fehlerhäufigkeit. Infolge dessen können Ängste, Nervosität, Anspannung oder Schlafstörungen entstehen und diese Resultate können zu einer Verringerung des psychischen Wohlbefindens und der Gesundheit führen (vgl. Oppolzer, 2010, S. 16). Stressoren führen zwar nicht immer zu Stress, aber das Risiko für eine Stressreaktion und ihre Folgen steigt an (vgl. Jacobshagen, 2004). Durch die dauerhaften Einwirkungen von Mobbing kann der Körper sich nicht vollständig erholen und dies kann dazu führen, dass das Opfer ständig unter Strom steht. Mobbing kann somit ein langanhaltendes, einschneidendes und transaktionelles Stressereignis sein (vgl. Merk, 2014, S. 27).

Stress wird als Stress jedoch erst dann bemerkt, wenn die Erwartungen der Umwelt als massive Überforderung erachtet werden oder nicht mit den eigenen Erwartungen übereinstimmen, laut dem Transaktionalen Stressmodell nach Lazarus und Launier (1978, zitiert nach Merk, 2014, S. 26). Da dazu geneigt wird Mobbing aus stresstheoretischer Sicht zu betrachten, kommen folgende Belastungen am Arbeitsplatz für eine Mobbingentstehung in Frage (vgl. Weber, Hörmann & Köllner, 2007; Cox et al., 2000, S. 68) und sind in Tabelle 2 in die nachstehenden drei Gruppen geteilt:

Tabelle 2: *Stressoren am Arbeitsplatz* (eigene Darstellung in Anlehnung an Oppolzer, 2010, S. 18 ff.; Merk, 2014, S. 68)

Stressoren	Beschreibung
Arbeitsorganisation und Arbeitszeit	Unpassende Arbeitszeit, Unterbrechungen von Arbeit, ungeeignete Personalmenge und verschiedene Merkmale des Arbeitsablaufs
Arbeitsaufgabe und,-inhalt	Eintönigkeit von Arbeitsaufgaben und dadurch die Unterforderung oder zu hohe Leistungsvorgaben und Zeitdruck sowie eine geringe Handlungs- und Entscheidungskompetenz aufgrund strenger Vorgaben in der Arbeit
Soziales System	Probleme in der Machtstellung, Gruppendruck, Beziehungs- und Kommunikationsprobleme, Gruppenzusammensetzung

Ursachen von horizontalem Mobbing können in der Organisation des Arbeitsplatzes gefunden werden und ergeben sich aus schlechten Arbeitsbedingungen (vgl. Litzcke, Schuh & Pletke, 2013, S. 116). 55 Prozent (N=1.317) von Befragten verschiedener Berufsgruppen geben eine schlechte Organisation als mobbingbegünstigten Faktor an (vgl. Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002, S. 125). Gerade in Krankenhäusern sind Pflegende einer schlechten Organisation am Arbeitsplatz ausgesetzt (vgl. Golubic, Milosevic, Knezevic & Mustajbegovic, 2009). Lange Arbeitszeiten und Schichtarbeiten führen zu Stress (vgl. Department of Health and Human Services [Hrsg.], 2008, S. 3) und stellen in diesem Bereich somit Risikofaktoren für horizontales Mobbing dar. Schichtarbeiten können zwischen 8, 12

oder 16 Stunden pro Tag dauern und entweder am Tag oder am Abend beginnen. Pflegekräfte welche in Krankenhäusern auf spezialisierten Abteilungen wie der Dialyse, Chirurgie oder Intensivstation tätig sind, müssen sogar länger arbeiten und Überstunden in Kauf nehmen. Bis zu 24-Stunden Schichten werden daher im Besonderen auf solchen Stationen immer mehr zur Normalität und es existiert nach wie vor keine einheitliche Verordnung zur Beschränkung der Arbeitszeit (vgl. Rogers, 2004, zitiert nach Rogers, Hwang, Scott, Aiken & Dinges, 2004). Ein Grund warum Pflegende so viel arbeiten müssen, ist die Unterbesetzung an Personal (vgl. Golubic, Milosevic, Knezevic & Mustajbegovic, 2009). Dieses Argument lässt sich durch einen weltweiten Mangel an pflegenden Personen bekräftigen (vgl. Booth, 2002; McKechnie, 2016), denn immer mehr Pflegekräfte verlassen ihren Job (vgl. McKechnie, 2016). Zwischen 35 und 61 Prozent an Pflegenden gehen innerhalb des ersten Jahres (vgl. Pine & Tart, 2007). Doch auch mit ständigen Störungen ist im Pflegeberuf zu rechnen, was bereits mehr als 90 Prozent (N=9.719) an Pflegekräften in Krankenhäusern erlebt haben. Aufgrund der Menge an Aufgaben, kann eine Arbeit kaum zu Ende gebracht werden bevor die nächste anfängt. Auch auf das ständige Klingeln der Patient–Innen nach Hilfe oder Telefonate müssen heutzutage ein Großteil von Pflegenden aber selbst reagieren und unterbrechen somit eine begonnene Aufgabe, was auch den Arbeitsablauf durcheinanderbringt. Wenn genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen und gegenseitige Absprachen bei Unterbrechungen im Vorhinein geführt werden können, können Arbeitstätigkeiten trotz Störungen koordiniert weitergeführt werden (vgl. Isfort & Weidner, 2010, S. 67).

Des Weiteren, zählt der Grad an Verantwortungsübertragung und Arbeitskontrolle (vgl. O' Moore, Lynch & Nic Daeid, 2003), was sich unter Belastungen der Arbeitsaufgabe und des -inhalts einordnen lässt. 67 Prozent der Arbeitskräfte sind mit ihrer momentanen Situation was den Entscheidungs- und Handlungsspielraum anbelangt, nicht zufrieden (vgl. Geva-Institut [Hrsg.], o.J.). Je akuter diese Probleme sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Mobbingentstehung (vgl. O' Moore, Lynch & Nic Daeid, 2003). Auch bei Mobbing unter Pflegekräften besagt die Oppressionstheorie, dass Machtlosigkeit und keine oder nur geringe Kontrolle über eine Situation sowie zusätzlich ein vermindertes Selbstwertgefühl, Spannungen und somit horizontale Schikanen fördern können (vgl. St-Pierre & Holmes, 2008). Die Pflegekräfte, welche bereits den alltäglichen Druck in der Arbeit aushalten müssen, haben es durch zusätzliche Belastungen mit Kolleg–Innen nicht einfach. Gewisse Regeln im Pflegebereich bestimmen welche Mitarbeiter–Innen welche Aufgaben erledigen

dürfen beziehungsweise nur im Falle der Abwesenheit einer examinieren Pflegeperson selbstständig ausgeführt werden dürfen. Dies führt zu Spannungen innerhalb einer Gruppe (vgl. Kirchner, 2000, S. 5). Aber auch Zeitdruck und eine hohe Arbeitsmenge sind mögliche Mobbingauslöser (vgl. Department of Health and Human Services [Hrsg.], 2008, S. 3). 55 Prozent von Personen unterschiedlicher Berufe (N=1.317), geben Zeitdruck und Hektik als mögliche Mobbingursache an (vgl. Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002, S. 125). Dies lässt sich auf den Krankenhausbereich übertragen. 10 Patient–Innen müssen pro Tag auf einer Station mit einer Patient–Innenbelegung von 30 Personen pro Tag durch Pflegekräfte einer Schicht betreut werden, was die Pflegekräfte unter hohen Druck setzt. Wegen Erkrankungen oder anderen Gründen fallen hin und wieder auch Kolleg–Innen aus, für welche eingesprungen werden muss (vgl. Isfort & Weidner, 2010, S. 52 f.), währenddessen auch die eigenen Aufgaben nebenher erledigt werden müssen (vgl. ebd., 2010, S. 67).

Die Aufmerksamkeit ist ebenso dem sozialen System in der Arbeit zu schenken. Ein schlechtes soziales Umfeld ist nach der Meinung von zwei Drittel der Befragten verschiedenster Berufsgruppen (N=1.317) ein möglicher Mobbingauslöser (vgl. Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002, S. 124). Als Grund eines schlechten sozialen Umfelds wird die „geschlossene Gesellschaft“ angesehen (Teuschel, 2010, S. 76). Wenn eine neue Person in eine Gruppe kommt, welche bereits Hierarchien untereinander entwickelt und ihre eigenen Regeln für eine erfolgreiche Zusammenarbeit festgelegt haben, ist es nicht leicht als neues Gruppenmitglied akzeptiert zu werden (vgl. ebd. 2010, S. 77). Der/die Neue wird als Außenseiter gesehen welche/r den „Gruppenfrieden“ stört (ebd., 2010, S. 77), vor allem in solch hierarchischen Organisationen wie dem Krankenhaus (vgl. Laubach & Fischbeck, 2007). Zwischen Pflegekräften spielt hierbei beispielsweise das Konkurrenzdenken eine Rolle, denn diese sehen sich gegenseitig als potentielle Gefahr für beruflichen Erfolg (vgl. Katrinli, Atabay, Gunay & Cangarli, 2010). Eine Anerkennung oder eine Beförderung von Kolleg–Innen wird von anderen Kolleg–Innen als Bedrohung wahrgenommen (vgl. O’ Moore, Lynch & Nic Daeid, 2003) und dies kann zu Machtkämpfen, Druck und Mobbing führen. Neid und Eifersucht sind hierbei zu erwähnen. Bei Neid, vergleichen sich Täter–Innen mit den Betroffenen und nehmen in ihnen Dinge wahr, welche sie selbst nicht verkörpern oder besitzen (vgl. Teuschel, 2010, S. 69. Eifersucht wiederum, kann nur auftreten wenn vorher bereits eine persönliche Beziehung zwischen beiden Konfliktparteien herrscht. Dieses Mobbing geschieht daher auch viel radikaler (vgl. ebd., 2010, S. 70 f.).

Ein anderer Grund für Mobbing der gleichen Ebene ist das ungleiche Machtverhältnis zweier Parteien. Dies hängt im Allgemeinen von der Dauer der Betriebszugehörigkeit, der Kontakte, dem Durchsetzungsvermögen oder der Rücksichtslosigkeit ab (vgl. ebd., 2010, S. 60). Beispielweise im Pflegebereich mobben ältere Pflegekräfte jüngere Pflegekräfte, aufgrund des mangelnden Selbstvertrauens und geringen Arbeitserfahrung der Jüngeren (vgl. Efe & Ayaz, 2010). Auch Kommunikationsprobleme können ein Grund sein. In homogenen Arbeitsgruppen gibt es tendenziell weniger kommunikative Missverständnisse, aber auch weniger Meinungsverschiedenheiten (vgl. Merk, 2014, S. 74 f.) und Antipathien (Weber, Hörmann & Köllner, 2007). Da in Krankenhäusern aber von geschlechtlichen bis ethnischen Merkmalen sehr viele verschiedene Gruppen anzutreffen sind und jede Gruppe verschiedene Erwartungen und Bedürfnisse hat, ist das Konfliktpotential durch verschiedene Meinungen, sprachliche Hindernisse und stereotypische Vorurteile geprägt (vgl. Bouncken, Pfannstiel, Reuschl & Haupt, 2015).

Zusätzlich, zu den sozialen und organisatorischen Stressoren, treten noch andere Faktoren als mögliche horizontale Mobbingursachen in Erscheinung: Die sexuelle Belästigung und persönliche Merkmale des Mobbingopfers und des/der Täter–In (vgl. Teuschel, 2010, S. 73; Merk, 2014, S. 13; Zapf, 1999; Kirchner, 2000, S. 5 ff.). Der Grund warum sexuelle Belästigung mit der Mobbingentstehung zusammenhängt ist, dass der/die Belästigende nach sexuellen Avancen oder Handlungen am Arbeitsplatz, Angst vor einer Klage der betroffenen Person hat und daher das Opfer durch Handlungen aus dem Unternehmen mobben möchte (vgl. Teuschel, 2010, S. 73). Unter sexueller Belästigung werden im Arbeitskontext alle sexuellen Verhalten verstanden, welche von einer Seite verweigert oder als Verletzung des eigenen Wertesystems betrachtet werden. Sexuelle Belästigung kommt am Arbeitsplatz häufig vor. Ungefähr 55 Prozent an Frauen (N=1.313 von 2.020) und 49 Prozent an Männern (N=999 von 2.020) haben im bisherigen Berufsleben bereits ein- oder mehrmalig sexuelle Belästigungen erlebt (vgl. Strub & Schär Moser, 2008, S. 11 ff.). Im gesundheitlichen Bereich sind die Zahlen zu sexueller Belästigung ebenso hoch. Laut einer Studie im Pflegebereich haben ungefähr 90 Prozent (N=487) von Pflegepersonen und Pflegenden in Ausbildung medizinischer Zentren bereits sexuelle Belästigung erlebt, wovon 12 bis 22 Prozent der Täter–Innen von der gleichen Ebene kommen. Weiteres, sind bei nicht allzu intensiver sexueller Belästigung, wie beispielsweise sexuelle Sticheleien, vor allem Frauen die Opfer statt Männer (vgl. Bronner, Peretz & Ehrenfeld, 2003).

Auch verschiedene Merkmale von Opfern und Täter–Innen können als Auslöser von horizontalem Mobbing gelten. Obwohl typische Mobbingopfer nicht existieren, gibt es im Berufsalltag gewisse Menschen, welche gefährdeter sind zu Mobbingopfern zu werden als andere Personen (vgl. Meschkutat, Langenhoff & Stackelbeck, 2002, S. 120). Merkmale des Mobbingopfers betreffen die Nationalität, die Religiosität, den Arbeits- und Lebensstil, die sexuelle Orientierung, das Aussehen, die geringe Teamfähigkeit und gewisse persönliche Schwächen (vgl. ebd., 2002, S. 116; Merk, 2014, S. 68). Bestimmte Wertvorstellungen des/der Mobbingtäters oder der Mobbingtäterin wie Xenophobie gegen Ausländer, Intoleranz gegen Querdenker und Andersartigkeit, Spaß an Diskriminierungen sowie Probleme mit dem eigenen Selbstvertrauen, Ängste, ein niedriges Moralverständnis, Unzufriedenheit mit der momentanen Arbeitssituation, Neid und Minderwertigkeitskomplexe sind hierbei typische Motive (vgl. Merk, 2014, S. 13 f.). Auch diejenigen welche bestimmte Vorstellungen des/der Täter–In nicht erfüllen und sich nicht anpassen wollen, werden bevorzugt zu Opfern (vgl. ebd., 2014, S. 13 f.) sowie jene bei denen Leistungsprobleme einen Grund darstellen können. Wenn gewisse Arbeiten nicht in einer bestimmten Zeit erledigt werden können und Abläufe desorganisiert getätigt werden sowie nach geraumer Zeit noch immer keine Unabhängigkeit der Arbeitstätigkeit wahrgenommen werden kann, kann dies von Kolleg–Innen als Anlass zum Mobbing gesehen werden. Selbiges kann aber auch bei hochmotivierten Kolleg–Innen auftreten, da eine zu leistungsstarke Arbeitsweise die Vorstellungen länger eingesessener Kolleg–Innen mit einer weniger starken Arbeitsweise untergraben kann (vgl. Kirchner, 2000, S. 7).

Ebenso können bestimmte charakteristische Merkmale das Erscheinen von Mobbing untereinander begünstigen (vgl. Zapf, 1999). Mobbing-Opfer sind normalerweise introvertiert, schüchtern und zeichnen sich durch Unterwürfigkeit und Friedlichkeit aus; das heißt sie sind konfliktscheu. Außerdem sind sie auch sehr gewissenhaft und versuchen fortwährend Aufgaben korrekt zu erledigen (vgl. Coyne, Seigne und Randall, 2000). Obwohl einige dieser Merkmale jedoch nur von einem Prozent oder weniger der Befragten (N=1.077) als der Hauptgrund von Mobbing angesehen werden, ist jenen Merkmalen Beachtung zu schenken (vgl. Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002, S. 118), denn eine schwache Persönlichkeit macht es Mobbingtäter–Innen leichter ihre Opfer zu schikanieren als Personen mit einer starken Persönlichkeit. Im Pflegebereich konnte beispielsweise zwischen einem geringen Niveau an Durchsetzungsfähigkeit (14.7 ± 18.5) und Mobbing ein Zusammenhang gefunden werden. Somit ist das passive Verhalten am Arbeitsplatz unter Kol-

leg-Innen im Krankenhaus vorrangig und kann zu Mobbing führen (vgl. Okanli, Karakas & Ozkan, 2011). Was andere Merkmale anbelangt, sind im Pflegebereich das Bedürfnis nach Macht, sowie psychologische und private Probleme des Mobbingtäters beziehungsweise der Mobbingtäterin ausschlaggebend (vgl. Katrinli, Atabay, Gunay & Cangarli, 2010). Weitere Gründe sind Ängste, Machtlosigkeit oder Kummer, welche aus dem Umgang mit Krankheit und Tod von Patient-Innen, als auch dem Verlust von Angehörigen entstehen können. Diese Erlebnisse müssen verarbeitet werden. Geschieht dies nicht, können diese Emotionen zu Mobbinghandlungen führen (vgl. Kirchner, 2000, S. 5 ff.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass horizontales Mobbing nicht ohne Grund geschieht und mit Stress am Arbeitsplatz, dem sozialen System, einer schwachen Persönlichkeit, demographischen Merkmalen und noch weiteren Faktoren zusammenhängt. Um das Phänomen aber gänzlich zu begreifen und im Generellen die Verbindung zwischen Resilienz und Mobbing herzustellen, werden im Anschluss die Auswirkungen von Mobbing im Pflegebereich dargestellt.

2.6. Konsequenzen eines Mobbingkonflikts

Mobbingfolgen lassen sich in betriebliche, gesellschaftliche sowie individuelle gesundheitliche Folgen einteilen und hängen von der Dauer und Intensität des Mobblings und den Bewältigungsstrategien ab (vgl. Weber, Hörmann & Köllner, 2007). In erster Linie wirkt sich Mobbing am Arbeitsplatz auf das Berufsleben aus. Versetzungen, Kündigungen, Arbeitsbeendigungen, der Wechsel eines Arbeitsplatzes, Arbeitslosigkeit, Frühpensionen, Erwerbsunfähigkeit und Krankheiten sind die Folge, welche zwischen 5 und 43 Prozent der Arbeitnehmer-Innen (N=491) verschiedener Berufe betreffen. Vor allem Frauen bevorzugen es gegenüber Männern sich aktiv Stressoren in der Arbeit zu entziehen. Das ist damit zu erklären, dass Männer tendenziell eher nicht bereit sind ihren Job freiwillig aufzugeben, da dies nicht ihrem männlichen Rollenbild entspricht (vgl. Meschkutat, Stackelbeck, & Langenhoff, 2002, S. 78 ff.). Im Pflegebereich ist laut Literatur mit ähnlichen Folgen zu rechnen. Gemobbte Pflegekräfte von Pflegeverbänden (N=249) haben eine doppelt so hohe Intention deren Beruf innerhalb zweier Jahre aufzugeben wie nicht gemobbte Personen. Aber auch generell wird das Verlassen des Berufsfeldes von Pflegekräften dreimal

häufiger innerhalb der nächsten zwei Jahre in Betracht gezogen als von nicht gemobbten Pflegekräften (vgl. Johnson und Rea, 2009).

Weitere Konsequenzen sind das Fernbleiben vom Arbeitsplatz, mit oder ohne Krankenbestätigung. In Bezug auf die Nutzung von Krankenständen bleiben von den 302 Mobbingopfern in Krankenhäusern (N=5.655) mehr als die Hälfte dem Arbeitsplatz aufgrund ärztlicher Bestätigungen fern (vgl. Kivimäki, Elovainio & Vahtera, 2000). Es ist aber auch unabhängig von Krankenbestätigungen möglich, nicht mehr in die Arbeit zu gehen. Absentismus bezeichnet das absichtliche Fernbleiben vom Arbeitsplatz, trotz der bereits zugeteilten Arbeit und der Erwartungen anderer Personen zu erscheinen (vgl. Becker & Oliveira, 2008). Ungefähr 30 Prozent an Pflegekräften (17 Prozent; N=670), welche von Mobbing und Belästigungen in Krankenhäusern sprechen, erscheinen irgendwann nicht mehr in der Arbeit (vgl. Ball, Pike & Cuff, 2002, S. 47). In Krankenhäusern unterbricht dies die Arbeitsroutine, verursacht allgemeine Unzufriedenheit und belastet Kolleg-Innen mit zusätzlichen Aufgaben (vgl. Becker & Oliveira, 2008), was diese in weiterer Folge demotiviert (vgl. Willis-Shattuck et al., 2008). Durch die eben genannten Veränderungen im Berufsfeld und einer geringen Arbeitsmotivation, sind steigende Kosten für den Betrieb die Konsequenz (vgl. Kolodej, 2005, S. 101). Wird als Beispiel die finanzielle Belastung einer Fluktuation untersucht, liegen die Kosten Mitarbeiter-Innen in den USA zu ersetzen zwischen 10 und 30 Prozent des jährlichen Gehalts. Das entspricht zwischen 20.000 bis 50.000 Dollar (vgl. Boushey & Glynn, 2012, S. 2 f.). Im Pflegebereich liegen diese Kosten pro registrierter Pflegekraft in den USA zwischen 14.000 und 60.000 Dollar. Die Kosten umfassen den Ersatz, die neue Einschulung sowie Werbe-, Beschaffungs- und nichtgenutzte Urlaubskosten. Da mit einer jährlichen acht bis 14 prozentigen Fluktuation von Pflegekräften zu rechnen ist, kann die finanzielle Belastung für Krankenhäuser sehr hoch werden (vgl. The Lewin Group, 2009, S. 4). Mitunter sind Kompensationszahlungen und Zahlungen der Frührente nicht zu vergessen (vgl. Tigrel & Kokalan, 2010).

Eine weitere Mobbingkonsequenz ist die Verringerung der Arbeitsleistung (vgl. Josipović-Jelić, Stoini & Celić-Bunikić, 2005) und der Qualität der Arbeit (vgl. Tigrel & Kokalan, 2010). Mobbinghandlungen lenken die Betroffenen von ihrer Arbeit ab, da sich diese zu sehr mit der Gegenwehr beschäftigen und Sorgen über ihre berufliche Existenz haben, was in Folge zu einer geringeren Konzentration und somit mehr Fehlern am Arbeitsplatz führt (vgl. Zuschlag, 2001, S. 109). Dies kann im Gesundheitssektor auch gesellschaftliche Fol-

gen haben, beispielsweise durch eine Gefährdung von Patient–Innen, etwa bei Medikamentenverteilungen (vgl. Rosenstein & O’ Daniel, 2008). Unter dem kritischen Blick der Patient–Innen, müssen Pflegekräfte in Eile die Diagnose stellen und Entlassungen vorbereiten. Angesichts der multiplen Krankheitserscheinungen ist es aber für Pflegekräfte nicht leicht eine effektive Behandlung in schnellem Tempo durchzuführen (vgl. Gaynor, Gattasch, Yorkston, Stewart, & Turner, 2006), vor allem wenn die Kommunikation (vgl. Rosenstein & O’Daniel, 2008) und das Betriebsklima unter Pflegekräften aufgrund von Mobbinghandlungen bereits Schaden erlitten hat (vgl. Zuschlag, 2001, S. 110). Sicherheit und Qualität in der Pflege sind sehr wichtig, jedoch von einer guten Zusammenarbeit, und Kommunikation untereinander abhängig (vgl. Joint Commission, 2008, S. 1). Letztendlich schadet Mobbing somit auch dem Image des Betriebs, da ein schlechtes Arbeitsklima sowie schlechte Arbeitsergebnisse nicht förderlich für Kooperationen sind (vgl. Esser & Wolmerath, 2015, o. S.).

Auch das private Umfeld und die individuelle Gesundheit ist von Konsequenzen nicht ausgenommen. Durch die depressive, gereizte und aggressive Stimmungslage, Verzweiflung und Antriebslosigkeit des/der Betroffenen ist es für Familienmitglieder nicht leicht mit der Situation zu Recht zu kommen. Erklärungen der alltäglichen Mobbinghandlungen in der Arbeit verängstigen den Familienkreis, ebenso Vorstellungen über einen eventuellen Arbeitsplatzverlust. Nicht zu vergessen sind mögliche Eheprobleme und Geldnöte aufgrund von therapeutischen Behandlungen, welche sich wiederum auf die Gesundheit der Opfer ausschlagen (vgl. Zuschlag, 2001, S. 108). Die individuellen gesundheitlichen Mobbingfolgen sind in der nachstehenden Tabelle 3 ausführlich aufgelistet.

Tabelle 3: *Gesundheitliche Mobbingfolgen* (eigene Darstellung nach Merk, 2014, S. 32).

Psychosomatische und körperliche Beschwerden	Psychische Beschwerden
<i>"Herz- und Kreislauferkrankungen</i>	<i>"Konzentrationsprobleme</i>
<i>Magen- und Darmerkrankungen</i>	<i>Gedächtnisstörungen</i>
<i>Hauterkrankungen</i>	<i>Selbstzweifel, Selbstunsicherheit</i>
<i>Atembeschwerden, Bronchitis/Asthma</i>	<i>Depressionen, Phobien</i>
<i>Erkrankungen der Nieren, Blase und Harnwege"</i>	<i>Gefühle der Verzweiflung, Weinkrämpfe, Selbstmordgedanken"</i>

Tabelle 3 (Fortsetzung) : *Gesundheitliche Mobbingfolgen* (eigene Darstellung nach Merk, 2014, S. 32).

<i>"Bandscheibenschäden</i>	<i>"Verfolgungswahn, Angstzustände,</i>
<i>Schlafstörungen</i>	<i>Angststörungen</i>
<i>Kopfschmerzen</i>	<i>Hypersensibilität</i>
<i>Appetitlosigkeit</i>	<i>Gereizte, aggressive Stimmung</i>
<i>Übelkeit</i>	<i>Alpträume, Grübeleien</i>
<i>Schwindelgefühle (...)"</i>	<i>Müdigkeit und Antriebslosigkeit"</i>

Die psychosomatischen Symptome, welche auf der linken Seite der Tabelle stehen, bilden sich durch psychische Probleme, welche sich aber körperlich zeigen, während psychische Beschwerden nur seelische Probleme darstellen (vgl. Merk, 2014, S. 32). Vor allem im Pflegebereich fühlen sich Pflegekräfte gestresst und müde, leiden an Kopfweh, Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden. Auch ihr übriges Leben ist enorm beeinträchtigt (vgl. Yildirim & Yildirim, 2007). Konzentrationsschwierigkeiten, Posttraumatische Stresssymptome (vgl. Vessey, Demarco, Gaffney & Budin, 2009), Angstzustände (vgl. Gates, Gillespie & Succop, 2011), Depressionen (vgl. MacIntosh, 2005) sowie Burnout sind ebenso typische Auswirkungen von Mobbing unter Pflegekräften (vgl. Li Y-X & Zhang, 2010). Desweiteren fühlen sich Betroffene oft aggressiv und hoffnungslos was zu suizidalen Absichten führen kann (vgl. Balducci, Alfano & Fraccaroli, 2009; Pompili et al., 2008). In einer Studie zu horizontalem Mobbing betonen 10 Prozent (N=505) der befragten Pflegepersonen in Krankenhäusern gelegentlich über Selbstmord nachzudenken (vgl. Yildirim & Yildirim, 2007). Die Auswirkungen von Mobbing sind also sehr vielseitig.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Ursachen von horizontalem Mobbing individuell sind. Stressoren der Arbeitsaufgabe und des -inhalts, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit sowie des sozialen Systems können neben persönlichen Gründen und sexueller Belästigung Ursachen darstellen. Indirekte Folgen von Mobbing sind zum Beispiel eine Veränderung der Arbeitsposition, finanzielle Kosten, Rufschädigung sowie einer Verringerung der Motivation, Leistung und Qualität am Arbeitsplatz sowie ein schlechtes Betriebsklima und Kommunikationsdefizite. Mitunter kann die physische und psychische Gesundheit der Opfer negativ beeinflusst werden und Selbstmordgedanken hervorgerufen werden. Zusätzlich kann dem familiären Umfeld und den Patient–Innen kann geschadet werden. Da das Thema der Arbeit die Resilienzfaktoren und somit die individuelle Resilienz sind, wird

im Folgenden nach Zusammenhängen zwischen Mobbing und individueller Resilienz im Pflegeberuf gesucht. Da ein Großteil befragter Pflegekräfte im Krankenhaus (90 Prozent, N=191), vor allem von hohem Stress am Arbeitsplatz berichten und dies im Folgenden die Gesundheit angreifen kann (vgl. Vessey, Demarco, Gaffney & Budin, 2009) und Resilienz und deren Faktoren die negativen Effekte von Stress ausgleichen können (vgl. Larrabee, Wu, Persily, Simoni, Johnston, Marcischak, Gladden, 2010; Mealer, Jones, Newman, McFann, Rothbaum & Moss, 2012), ist auch anzunehmen, dass bei Mobbing ebenso die negativen Stresseffekte verringert werden können und somit die Mobbingfolgen reduziert werden können. Einen sicheren und für die Gesundheit förderlichen Arbeitsplatz zu kreieren, ist daher eine grundlegende Voraussetzung für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Pflegekräfte im Krankenhaus. Wenn die Pflegekräfte gestärkt und zufrieden in die Arbeit gehen, ist es für sie einfacher das Berufsleben zu meistern (vgl. Europäische Union, 2012, S. 14 ff.). Das nächste Kapitel befasst sich daher mit der individuellen Resilienz und den Resilienzfaktoren.

3. Resilienz als Widerstandskraft gegenüber Mobbing unter Pflegekräften

In diesem Kapitel wird zuerst der Begriff Resilienz definiert um im Anschluss den ersten Teil der Forschungsfrage zu beantworten und Literatur von Resilienzfaktoren im Bezug auf allgemeine Fakten, den theoretischen Hintergrund, auf Mobbing im Allgemeinen und unter Pflegekräften und horizontalem Mobbing im Besonderen darzustellen. Abschließend werden die geschlechtlichen Differenzen in der Anwendung der Resilienzfaktoren dargestellt und der theoretische Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt.

3.1. Definition des Begriffs Resilienz

In der Resilienzforschung gibt es Definitionen aus unterschiedlichen Bereichen. Die originäre Bedeutung des Begriffs „Resilienz“ (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 24) stammt aus der Physik und Materialkunde und beschreibt das Charakteristikum eines Materials seine anfängliche Form nach Außeneinflüssen wieder anzunehmen. Der Begriff stammt aus dem Englischen und bedeutet so viel wie Strapazierfähigkeit und Elastizität. Im Alltagsgebrauch ist der Begriff heutzutage weit verbreitet (vgl. ebd., 2012). Die psychologische Definition trifft den Alltagsgebrauch recht gut: „*die Widerstandskraft von Individuen angesichts belastender Lebensereignisse*“ (ebd., 2012, S. 24). Resilienz kann in der psychologischen Fachliteratur und dem Gesundheitswesen aber auch als Prozess, Ergebnis oder als dynamischer Zustand in Zeiten der Not verstanden werden (vgl. Almedom & Glandom, 2007). Das Gegenteil von Resilienz ist die „*Vulnerabilität*“ beziehungsweise „*Unverletzbarkeit*“ (Gabriel, 2005, S. 207). In der Soziologie und Ökonomie steht Resilienz auch mit der Widerstandskraft und dem Spielraum eines Systems hinsichtlich Störungen in Zusammenhang (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012). In einer Organisation beispielsweise beschreibt Resilienz die Fähigkeit Veränderungen hinsichtlich der technologischen Umbrüche sowie Personalmängel durchzustehen (vgl. Straecek, 2013). Aus therapeutischer und beratender Sichtweise wird der Begriff wiederum folgendermaßen beschrieben: „*Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen*“ (Welter-Enderlin und Hildenbrand, 2006, S. 13). Faktoren wie die soziale Unterstützung oder Copingstrategien

werden hierbei als Ressourcen betrachtet und können Stressreaktionen verringern (vgl. Jacobshagen, 2004). Jene Ressourcen werden später in diesem Kapitel genauer erläutert. Andere Forscher–Innen (vgl. Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß & Brähler, 2005) fassen die psychopathologische Ansicht von Rutter (1995) zusammen welcher unter Resilienz keine aktiven Maßnahmen versteht. Seine Definition lautet folgendermaßen: Resilienz ist ein „*Phänomen, dass manche Personen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich vergleichsweise leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig für Störungen und Krankheiten sind*“ (S. 3). Eine weitere Definition wiederum hat den Ursprung in der Kinderforschung und Pädagogik und ist folgende „*Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegen- über biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken*“. (...). *Es geht um die Fähigkeit, sich von einer schwierigen Lebenssituation nicht unterkriegen zu lassen bzw. nicht daran zu zerbrechen*“ (Wustmann, 2004, S. 18).

Die eben genannten Definitionen können drei verschiedenen Bewältigungsverläufen zugeordnet werden: der Stressresistenz, Regeneration und Rekonfiguration. Erstere beschreibt, dass gewisse Personen trotz einer Stressorenkonfrontation psychisch weiterhin stabil bleiben und keine Reaktion zeigen, was eine Ähnlichkeit mit einem guten Immunsystem gegenüber Krankheitserregern aufweist (vgl. Bonanno, 2004). Eine weitere Ansicht ist die Resilienz als Regeneration. Anfänglich spüren Betroffene zwar die Auswirkungen der Belastung/en, doch sie erholen sich schnell und können ihren Alltag ohne Probleme wieder aufgreifen (vgl. Agaibi & Wilson, 2005). Die dritte und letzte Ansichtweise ist Resilienz als Rekonfiguration, unter welcher unter anderem die Veränderung der eigenen Verhaltens-, oder Denkweisen, nach einer kurzen Aussetzung mit der Belastung beziehungsweise den Belastungen, verstanden wird (vgl. Lepore & Revenson, 2006, zitiert nach Helmreich & Lieb, 2015, S. 53). Die letzten zwei genannten Definitionen sind in dieser Arbeit als Stressresistenz und als Regeneration anzusehen, während die Definition von Welter-Enderlin und Hildenbrand, (2006) der Rekonfiguration zugeordnet werden kann.

Die Basis der Resilienzforschung sind langjährige Forschungen von Kindern und Jugendlichen welche aus kritischen familiären Verhältnissen in Hawaii stammen. Durchgeführt wurde die Langzeitstudie ab 1954 bis in die 70er Jahre von Emmy Werner

(vgl. Faller, 2013, S. 102). Trotz Risikofaktoren, wie Drogen und Armut, schaffte es laut ihrer Studie jeder dritte Heranwachsende zu einem unabhängigen und gesunden Menschen, aufgrund der Nutzung eigener Ressourcen, heranzuwachsen (vgl. ebd., 2013, S. 102). In den 90er Jahren wurden in die Forschung auch Erwachsene hinzugezogen (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012). „Resilienz setzt grundsätzlich die vorhergehende Anwesenheit eines oder mehrerer Risiken voraus; ein Individuum kann demnach nicht als resilient gelten, wenn es keine Risiken erfahren hat“ (Kluge, 2004, S. 13). Somit gilt ein Risikofaktor, wie Mobbing, als die Voraussetzung für die Entwicklung einer Resilienz. Risikofaktoren müssen mit den Resilienz-, Schutz-, oder Protektivfaktoren immer parallel betrachtet werden, da die Risikofaktoren die Stressoren darstellen durch welche die Resilienzfaktoren in Erscheinung treten. Resilienzfaktoren können somit Auswirkungen der Risikofaktoren vermindern und die Resilienz erhöhen (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012). Dass eine hohe Resilienz positive Effekte im Beruf aufweist, konnten Studien zeigen. Desto höher die Resilienz bei MitarbeiterInnen des Sektors war, desto höher war die Arbeitsleistung und die Zufriedenheit mit der Arbeit und desto geringer der wahrgenommene Arbeitsdruck und die physischen und psychologischen Symptome (vgl. Siu, Chow, Phillips & Lin, 2006). Auch im Pflegebereich legen Pflegekräfte in Krankenhäusern mit einem hohen Resilienzlevel eine höhere Arbeitszufriedenheit an den Tag (vgl. Larrabee et al., 2010) und besitzen eine geringere Absicht den Betrieb zu verlassen als Pflegekräfte mit niedrigem Resilienzlevel (vgl. ebd., 2010; Pipe et al., 2012). Weiteres wird gesagt, dass Pflegekräfte mit einer hohen Resilienz auf Intensivstationen und onkologischen Abteilungen weniger Ängste, Stress und Depressionen aufweisen. Für Pflegekräfte ist es daher von hoher Relevanz ein hohes Resilienzlevel zu besitzen um somit einen besseren Gesundheitsstatus aufzuweisen (vgl. Mealer et al., 2012; Pipe et al., 2012) und ihnen die Möglichkeit zu geben im Beruf zu bleiben (vgl. Keeley & Grier, 2005).

Da sich diese Arbeit mit Maßnahmen der individuellen Resilienzförderung gegen Mobbing auseinandersetzt, wird in dieser Arbeit angenommen, dass Mobbing bereits besteht und nicht erst auftritt. Somit sind auch schon einige Mobbingfolgen vorhanden, was die Sichtweise der individuellen Resilienz als Rekonfiguration bedeutend macht (siehe Seite 32). Dies ist einer von vielen Gründen warum sich diese Arbeit des Weiteren an der Definition von Welter-Enderlin und Hildenbrand orientiert (2006, S. 13), welche auf Seite 31 erwähnt wurde. Weitere Gründe sind, dass die Krisen in der Definition mit Mobbing und Ressourcen mit den Resilienzfaktoren gleichgesetzt werden können und die Definition

den Entwicklungsprozesses beinhaltet. Die Entwicklung von Ressourcen ist deshalb von Relevanz, da den theoretischen Kern dieser Arbeit das Resilienztrainingsmodell nach Faller (2013, S. 104) bildet, welches am Ende des Resilienzkapitels erklärt wird.

Weiteres, ist diese Arbeit für beiderlei Geschlechter relevant. Auf diesen Aspekt wird näher eingegangen, da die Literatur zeigt, dass kein Unterschied zwischen Mann und Frau bezüglich des Erlernens von Resilienz besteht. Es gibt zwar bewiesene Differenzen in der Hirnentwicklung männlicher und weiblicher Personen (vgl. Holtmann, Poustka & Schmidt, 2004); inwiefern diese allerdings *„mit der geschlechtsspezifischen Resilienz in Zusammenhang stehen und wie der Mechanismus dieser Wechselwirkung aussieht, ist völlig offen“* (ebd., 2004, S. 4). Frauen werden in der Literatur als das resilienzfördernde Geschlecht beschrieben, weil im Kindesalter mehr Jungen mit Entwicklungsstörungen vorkommen als Mädchen (vgl. ebd., 2004). Andererseits haben Mädchen in ihrer Pubertät häufiger mit psychischen Störungen zu kämpfen als Jungen (vgl. Von Hagen & Röper, 2007, S. 19). Somit sind geschlechtsdifferenzierte Maßnahmen um individuelle Resilienz im Betrieb zu fördern nicht sinnvoll. Jedoch, besitzen Frauen und Männer im Vorab bestimmte Erfahrungen und Erwartungen, sind daher verschiedenen Situationen ausgesetzt und können deswegen auch unterschiedliche Ressourcen benutzen. Auf Resilienzfaktoren kann daher geschlechtsspezifisch zurückgegriffen werden (vgl. Bröckling, 2013, S. 60). Welche Faktoren das genau betrifft, wird in der Recherche erläutert. Um den ersten Teil der Forschungsfrage dieser Arbeit zu beantworten, werden im Anschluss die verschiedenen Resilienzfaktoren allgemein, sowie im Pflege-, und Mobbingkontext erklärt und als Überblick mittels einer Graphik dargestellt.

3.2. Fördernde Faktoren für Aufbau von Resilienz

Die Durchsicht der Literatur hat verschiedene Faktoren zum Aufbau der Resilienz aufgrund von Mobbing unter Pflegekräften offengelegt. Diese Faktoren sind in Abbildung 1 übersichtlich aufgelistet und werden nachfolgend einzeln beschrieben:



Abbildung 1: Resilienzfaktoren (eigene Darstellung)

3.2.1. Soziale Unterstützung

Unter sozialer Unterstützung kann die Anzahl an Kontakten, die Frequenz als sowohl die Art des Verhältnisses zu Anderen zusammengefasst werden und ist heutzutage einer der empirisch besterforschten Resilienzfaktoren für die seelische Gesundheit. Auch die emotionale Unterstützung muss hierbei angesprochen werden, unter welcher Rückhalt, Trost und Mitgefühl verstanden wird, während durch informationelle Unterstützung Informationen und Lösungshinweise bereitgestellt werden. Beide Arten gehören zur sozialen Unterstützung (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012). Den theoretischen Hintergrund der sozialen Unterstützung bildet die „*Social Support Theory*“ (Lakey & Cohen, 2000, S. 29) welche sich mit dem Einfluss sozialer Beziehungen auf die Wahrnehmung, das Verhalten und die Emotionen, sowie auf die Gesundheit und das Wohlbefinden einzelner Personen auseinandersetzt (vgl. ebd., 2000, S. 29). Neben Rücken-, Schulter-, und Nackenbeschwerden, kann ein Mangel an sozialer Unterstützung zu Herzkreislaufproblemen, einer gereizten Stimmungslage, Ängsten, Burnout, psychosomatischen Erkrankungen, Fluktuationen oder vermehrten Fehlzeiten aufgrund von Stress am Arbeitsplatz führen (vgl. Stadler & Spieß, 2002, S. 10). Nach Durchsicht der Literatur stellen die wichtigsten Quellen sozialer Unterstützung die Supervisor–Innen und Arbeitskolleg–Innen dar. Bezogen auf den Pflegebe-

reich bedeutet dies, dass eine mangelhafte Unterstützung des Supervisors beziehungsweise der Supervisorin bezüglich Stress in der Arbeit den Anstieg von Absentismus fördern (vgl. Shirey, 2004), während eine gute soziale Unterstützung von Supervisor–Innen emotionale Erschöpfungsgefühle verringert, welche in weiterer Folge Burnout unter Pflegekräften verursachen kann (vgl. Constable & Russell, 1986). Aber auch die soziale Unterstützung von Kolleg–Innen ist wichtig. Soziale Unterstützung von Kolleg–Innen des Pflegebereichs erhöht die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte. Zufriedenere Pflegekräfte vollbringen somit eine bessere Arbeitsleistung als diejenigen ohne soziale Unterstützung. Außerdem können unklare Arbeitsaufgaben schneller geklärt und bei Bedarf nach Hilfe gefragt werden, was wiederum Fehler reduziert womit auch die Pflegequalität erhöht werden kann (vgl. Abu-ARub, 2004).

Für diese Arbeit relevant ist jedoch der Bezug zu Mobbing. Soziale Unterstützung kann Mobbinghandlungen reduzieren (vgl. Zapf, Knorz, Kulla, 1996, S. 215 ff.). Desto mehr soziale Unterstützung von Supervisor–Innen erhalten wird, desto weniger werden die Mobbingopfer kritisiert oder erhalten verbale Drohungen. Die Unterstützung von Kolleg–Innen wiederum kann zu einer geringeren Isolation und weniger Kritik über das Privatleben führen, was in weiterer Folge gesundheitliche Konsequenzen und Arbeitsunzufriedenheit reduzieren kann. Mobbingopfer verfügen jedoch nicht immer über die notwendigen sozialen Kompetenzen um Unterstützung zu bitten und erhalten sie daher selten (vgl. Zapf, Knorz, Kulla, 1996, S. 215 ff.). Aus dieser Literatur kann abgeleitet werden, wie wichtig der Erhalt der sozialen Unterstützung auch für Mobbing unter Pflegekräften ist. In der Pflege kann eine Unterstützung als Puffer gegen Mobbing wirken (vgl. Hegney, Tuckett, Parker & Eley, 2010). Bei einem Mangel an Unterstützung muss jedoch mit den Konsequenzen von Mobbing gerechnet werden. Unter jenen Konsequenzen ist ein psychologischer und physischer Schaden sowie eine Verschlechterung bezüglich der Pflegequalität, der Patient–Innensicherheit und der Behandlungsergebnisse sowie die Kündigung, der Wechsel des Arbeitsplatzes und eine langsamere Erholung der Opfer zu verstehen (vgl. Gaffney, DeMarco, Hofmeyer, Vessey & Budin, 2012). Auch horizontales Mobbing ist hierbei zu beachten. Nach einer Studie kann horizontales Mobbing neben gesundheitlichen Auswirkungen zu Problemen zwischen Familie und Arbeit führen sowie zu Absichten den Betrieb zu verlassen. 156 zertifizierte Assistenzpflegekräfte (N=208), tätig in Einrichtungen des Betreuten Wohnens, wurden auf Grundlage dieser Aussage untersucht. Als Outcome konnten die positiven Effekte von sozialer Unterstützung unter Kolleg–Innen die

Konsequenzen von horizontalem Mobbing im Pflegebereich mildern (vgl. Van Dyck, 2013, S. 28), was annehmen lässt, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung das Gegenteil bewirkt hätte. Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass soziale Unterstützung eine wichtige Ressource darstellt um Mobbing und deren Folgen am Arbeitsplatz unter Pflegekräften zu reduzieren. Weitere Resilienzfaktoren werden in den nächsten Kapiteln behandelt.

3.2.2. Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung welche ausdrückt in welchem Maß eine Person ein beständiges aber dynamisches Selbstvertrauen besitzt. Anders gesagt ist das Kohärenzgefühl eine Lebenseinstellung. Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit sind Faktoren des Kohärenzgefühls und müssen immer gemeinsam betrachtet werden. Zugleich ist es eine stressresistente Ressource durch welche eine gute Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen entwickelt werden kann (vgl. Antonovsky, 1987, S. 19 f.). Die Theorie hinter dem Kohärenzgefühl ist die salutogenetische Sichtweise von Antonovsky, welche die Entstehung und den Erhalt der Gesundheit anstrebt (vgl. Antonovsky, 1989, zitiert nach Bengel & Lyssenko, 2012). Somit ist im Allgemeinen ein hohes Kohärenzgefühl für die Gesundheit sehr wichtig. Aber auch unter Pflegekräften kann die Bedeutung eines hohen Kohärenzgefühls für die Gesundheit betont werden. Das Kohärenzgefühl kann zum Beispiel mit Burnout und Empathie zusammenhängen. Empathie wird bei der Arbeit mit Patient-Innen gebraucht und Burnout ist eine bekannte Beruferscheingung in der Pflege (vgl. Palsson, Hallberg, Norberg & Björvell, 1996). Somit kann angenommen werden, dass hierbei Empathie gefördert werden kann und Burnout durch ein hohes Kohärenzgefühl verringert werden kann. Mitunter kann der psychische Stress unter Pflegekräften reduziert werden, da jene mit einem hohen Kohärenzgefühl aktiv soziale Unterstützung suchen, was wiederum die Gesundheit erhöht (vgl. Malinauskienė, Leišytė & Malinauskas, 2009).

Dem Zusammenhang mit Mobbing ist auch Beachtung zu schenken. Durch ein hohes Kohärenzgefühl kann der Grad an Stressreaktionen, welchen die Betroffenen aufgrund von Mobbing am Arbeitsplatz entwickeln, abnehmen. Da Betroffene mit Kohärenzgefühl dazu tendieren die Welt als bedeutungsvoll und Herausforderungen als machbar anzusehen, ist es wahrscheinlich dass Betroffene welche eine hohe Kohärenz besitzen, sich von Mobbing nicht zu sehr beeinflussen lassen, positiv der Zukunft entgegenzublicken und daher auch

weniger Stresssymptome aufweisen, während Betroffene mit niedrigem Kohärenzgefühl das Gegenteil zeigen (vgl. Bíró, Balajti, Ádány & Kósa, 2010; Eriksson & Lindstrom, 2006; Tagay, Erim, Brähler & Senf, 2006). Dieselbe Wirkung ist im Pflegebereich zu verzeichnen. Fairness im Pflegedienst, Kohärenzgefühl und psychische und physische Gesundheit korrelieren miteinander. Das Kohärenzgefühl kann hierbei als Buffer dienen. Unter Fairness wird verstanden, dass genügend Partizipationsmöglichkeiten in der Arbeit, transparente Aufgaben sowie eine gute Kooperation und Kommunikation untereinander bestehen. Da angenommen werden kann, dass ein Mangel an Fairness im Pflegebereich zum Beispiel an einer feindseligen Kommunikation und Schikanen liegen kann, kann es in der Arbeit mit Mobbing gleichgesetzt werden (vgl. Höge, 2005). Eine weitere Studie im Pflegebereich, welche sich konkret auf horizontales Mobbing bezieht, sagt wiederum aus, dass bei intensivem Mobbing der Effekt des Resilienzfaktors nachlassen kann (221, N=560) und behandelt das Thema ob Kohärenz als Mediator zwischen horizontalem Mobbing und posttraumatischen Stresssymptomen dient. Die Ergebnisse besagen, dass durch ein höheres Kohärenzgefühl eine stärkere Relation zwischen intensiverem horizontalem Mobbing und höherem posttraumatischen Stress besteht. Weniger starkes Mobbing hatte eine intensivere Wirkung auf Mobbingbetroffene mit geringem Kohärenzgefühl als auf Mobbingbetroffene mit hohem Kohärenzgefühl. Umgekehrt betrachtet, beeinflusste starkes Mobbing Mobbingbetroffene mit einem hohen Kohärenzgefühl weitaus intensiver. Dies bedeutet, dass das Kohärenzgefühl zwar als protektiver Schutzfaktor gelten kann, wenn leichtes Mobbing geschieht, jedoch bei stärkerem Mobbing die protektive Wirkung unter Pflegekräften verringert werden kann (vgl. Nielsen, Matthiesen & Einarsen, 2008). Somit kann geschlossen werden, dass ein hohes Kohärenzgefühl als Resilienzfaktor im Pflegebereich eine wichtige Rolle einnimmt, jedoch eher bei schwächeren Mobbinghandlungen beachtet werden sollte. Als eine weitere Strategie zur Förderung der Resilienz im Pflegeberuf werden im Nachfolgenden die Copingmethoden erklärt.

3.2.3. Coping

Coping (Bewältigung, Überwindung) bedeutet Stress oder kritische Lebensereignisse zu meistern (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012). In der Literatur gibt es ungefähr 20 verschiedene Copingmethoden wobei die meisten aber den Annäherungs- und Vermeidungsstrategien, als sowohl auch den drei Kategorien problemorientiertes, emotionsbezogenes und vermeidendes Coping zugeordnet werden können (vgl. Aldwin & Yancura, 2004, S. 99 ff.; Moos

& Holahan, 2003). Problemorientiertes Coping bezeichnet die Verantwortungsübernahme, die aktive Suche nach einer Unterstützung und ein aktives Handeln, während emotionsbezogenes Coping bedeutet die negativen Emotionen zu lenken, Probleme zu akzeptieren, positiv zu denken, Probleme humorvoll zu sehen und Trost zu suchen und das vermeidende Coping Ablenkungen und das Leugnen beinhaltet. Als Annäherungsstrategie werden wiederum aktive Methoden wie problemorientierte Methoden und Elemente des emotionsbezogenen Copings verwendet, während als Vermeidungsstrategie, Teile des emotionsbezogenen als auch alle passiven Bewältigungsmethoden verstanden werden (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012). Am Anfang eines Stressereignisses werden vor allem gerne aktive Coping-Strategien wie das problemorientierte Coping verwendet, wenn diese jedoch nicht funktionieren wird auf die passiven Strategien gewechselt (vgl. Olafssen & Johansdottir, 2004; Zapf & Gross, 2001). Der theoretische Hintergrund des Copings ist die sogenannte Copingtheorie von Lazarus (1993), welche untersucht inwiefern Personen stressvolle Ereignisse, von kleineren bis zu größeren Auseinandersetzungen, einschätzen und wie diese Konflikte zu bewältigen versucht werden. Die Anwendung der passenden Strategie ist für die Wahrnehmung, Beurteilung und Interpretation der Lage sehr wichtig (vgl. Gunkel, Böhm & Tannheimer, 2014, S. 264), denn die Strategien beeinflussen die Gesundheit. Passive Copingstrategien wie die Kompensierung, Verleumdung und eine positive Einstellung können zu einem schlechteren seelischen Wohlbefinden, gesundheitlichen Beschwerden und erhöhtem Absentismus in der Arbeit führen, während aktive Coping-Strategien die Gesundheit von Berufstätigen fördern können und Stress reduzieren können (vgl. Dehue, Bolman, Völlink & Pouwelse, 2012). Wird dies auf die Pflege umgelegt, ist ersichtlich, dass bei erhöhtem Arbeitsstress die Anwendung von Vermeidungsstrategien zu erhöhten psychischen Erkrankungen führen kann, während problemfokussiertes Coping zu geringeren affektiven Störungen unter Pflegekräften führen kann (vgl. Healy & McKay, 2000).

Dieser Fakt ist in Bezug auf Mobbing relevant, denn Stimmungsschwankungen beziehungsweise psychische Störungen können einen Prädiktor für Mobbing darstellen (vgl. Nolfé, Petrella, Blasi, Zontini & Nolfé, 2007). Desto länger eine betroffene Person gemobbt wird, desto schwerer ist es passend zu agieren (vgl. Craig, Pepler, & Blais, 2007). Da passive Strategien meist verwendet werden, wenn das Opfer sich in einer auswegslosen Situation wiederfindet, was bei Mobbing häufig vorkommt, kann normalerweise angenommen werden, dass diese Form von Coping (=Bewältigung) bei weitem häufiger unter Mobbingopfern angewendet wird (vgl. Dehue, Bolman, Völlink & Pouwelse, 2012). Im Pflege-

bereich konnte jedoch das Gegenteil festgestellt werden. Zwischen 60 und 90 Prozent von Pflegekräften (N= Ø 51) einer Organisation verschiedenster gesundheitlicher Einrichtungen berichteten von der Nutzung aktiver Maßnahmen gegen den/die Mobbingtäter–In wie Gespräche mit Kolleg–Innen und Freund–Innen über die Situation sowie die Berichterstattung an den direkten Vorgesetzten, während weniger als die Hälfte der Pflegekräfte (48 Prozent, N=34) die Situation zu ignorieren versuchte (vgl. Quine, 2001). Wird hierbei auf die Pflege und horizontales Mobbing eingegangen kann gesehen werden, dass die meisten Pflegekräfte öffentlicher und privater Krankenhäuser (70 Prozent, N=505) noch genauer und härter als zuvor arbeiten, um bevorstehende Kritik zu vermeiden, während zwischen 55 und 65 Prozent aktive Coping-Strategien durch Ansprechen des/der Mobbingtäters/Mobbingtäterin verwenden oder ihren Vorgesetzten Bescheid geben (vgl. Yildirim & Yildirim, 2007). Aufgrund dieser Literatur kann die Wichtigkeit aktiver Copingstrategien als Resilienzfaktor gegenüber Mobbing unter Pflegekräften betont werden. Das nächste Unterkapitel befasst sich mit dem Erhalt und der Steigerung positiver Emotionen.

3.2.4. Positive Emotionen

Personen welche diesen Resilienzfaktor besitzen, haben die Möglichkeit Krisensituationen positive Bedeutungen zuzurechnen und somit negative Emotionen zu regulieren. Mitunter helfen positive Emotionen den betroffenen Personen sich von negativen Outcomes leichter zu erholen und dienen als Buffer (vgl. Tugade & Frederickson, 2004). Eine wichtige Theorie die es aufgrund dessen zu beachten gilt, ist die Broaden-and Build-Theorie. Positive Emotionen erweitern die Gedanken, führen zu Aktionen und steigern somit die persönlichen Ressourcen. Durch das Fernhalten von kognitiven einseitigen Denkweisen wie Denkfällen und einem besseren Umgang mit negativen Gefühlen, entsteht eine größere Anzahl psychosozialer Ressourcen auf welche der/die Betroffenen aufbauen können (vgl. Frederickson, 2001). Dies ist wichtig, denn Personen, die dauerhaft positive Gefühle und eine gute Stimmung wie Freude, Stolz, Zufriedenheit und Fröhlichkeit zeigen können, haben mehr Erfolg im Beruf, in sozialen Beziehungen, ein besseres Selbstwertgefühl und auch einen besseren Gesundheitszustand (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012; Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Da in einer Stresssituation die negativen Gefühle normalerweise überwiegen, ist es wichtig positive Gefühle in den Betroffenen zu wecken (vgl. Davis, Zautra & Smith, 2004). Die Relevanz positiver Gefühle kann auch im Pflegebereich bemerkt werden. Eine optimistische Grundeinstellung und die Fähigkeit eine Situation im Gesundheits-

bereich als humorvoll wahrzunehmen, kann Pflegekräften helfen in einer Stresssituation eine negative Laune in eine positive Laune zu verwandeln und somit auch optimistischer zu denken (vgl. Wilkins, 2014). Beispielsweise Humor und Gelächter sind sehr wichtig um negative Emotionen fernzuhalten (vgl. Bonanno, 2004, 2005), da wie bereits mehrmals in dieser Arbeit erwähnt gerade unter Pflegekräften sehr viele Stressoren auftreten.

Vor allem Mobbing stellt in diesem Bereich eine häufige Form von Arbeitsstress dar (vgl. Wilkins, 2014). In der Mobbing-Schleife gefangen, ist es für die Opfer jedoch nicht leicht negative Gedanken zu stoppen. Negative Gedanken können zu einer noch intensiveren Beschäftigung mit diesen Sorgen führen, was unnötig Kraft kostet und zu einem regelrechten Teufelskreis führen kann (vgl. Gunkel & Szpilok, 2014). Im Pflegebereich ist das nicht unbedenklich, denn viele Pflegekräfte fühlen sich isoliert und nicht genug unterstützt, Kolleg-Innen und auch das Management halten sich lieber aus dem Geschehen raus. Den Betroffenen wird das Gefühl vermittelt sie selbst seien der Grund für die Mobbinghandlungen, was die schnelle Entstehung negativer Gefühle erklären kann. Eine positivere Einstellung von Pflegekräften kann jedoch helfen Missverhältnisse am Arbeitsplatz anders zu bewältigen und die Situation nicht allzu ernst, sondern mit Humor zu nehmen (vgl. Wilkins, 2014). Dies kann gegen Mobbing zwischen Pflegekräften derselben Hierarchieebene nützlich sein, da die Zusammenarbeit mit Kolleg-Innen in dieser Berufsparte sehr wichtig ist (vgl. DiMeglio et al., 2005). Aufgrund dessen kann angenommen werden, dass positive Gefühle die Auswirkungen von Mobbinghandlungen im Gesundheitsbereich verringern können und dies im speziellen unter Pflegekräften. Positive Emotionen stellen somit einen wichtigen resilienten Faktor gegenüber Mobbinghandlungen im gesundheitlichen Bereich dar. Ein weiterer Resilienzfaktor mit dem es sich bei Mobbing im Folgenden zu befassen gilt, ist Hardiness.

3.2.5. Hardiness

Hardiness bedeutet Widerstandsfähigkeit und besteht aus drei Teilen: Engagement, Kontrolle und Herausforderung. Unter ersterem wird die Grundeinstellung verstanden den Sinn des Lebens wahrzunehmen und aktiv an diesem Sinn mitzuwirken. Kontrolle bezeichnet die Fähigkeit, Macht über eine Situation zu haben und den Willen, selbstständig zu handeln. Bei der Herausforderung geht es um Einstellungen, gewisse Situationen und Veränderungen nicht als Bedrohung, sondern als Opportunität um zu lernen und sich weiterzu-

entwickeln anzusehen (vgl. Kobasa, 1979). Die Theorie welche hier zur Anwendung kommt ist die Hardiness Theorie, welche besagt, dass Personen welche all jenen Faktoren wahrnehmen, die Tendenz besitzen Ereignisse und Umstände als weniger belastend anzusehen (vgl. Khoshaba & Maddi, 1999). Eine Meta-Analyse mit 180 Studien bestätigt die positive Wirkung dieses Resilienzfaktors. Personen mit einem hohen Hardiness-Score erleben stressreiche Situationen als weniger schädlich. Ebenso verwenden sie häufiger problemorientierte Strategien um gegen das Problem vorzugehen. Ein interessanterer Faktor ist jedoch, dass Personen mit hoher Hardiness, Situationen auch als stressreich erleben können, aber dies trotzdem zu geringeren Belastungen führen kann. Wohlbefinden und die Zufriedenheit werden somit im Anschluss auch erhöht. Hardiness hat also nicht nur eine protektive Wirkung, sondern ebenso während einer Stresseinwirkung einen schützenden Effekt (vgl. Eschleman, Bowling & Alarcon, 2010). Dasselbe kann auf den Pflegebereich bezogen werden, denn Pflegekräfte mit einer hohen Widerstandsfähigkeit nehmen Stresssituation als weniger bedrohlich wahr und sind letztendlich zufriedener mit ihrer Arbeit als Pflegekräfte mit niedriger Hardiness (vgl. Judkins & Rind, 2005).

In Bezug zu Mobbing ist eine hohe Hardiness wiederum relevant, da eine geringe Widerstandsfähigkeit dazu führen kann, dass Personen eine belastende Situationen als mögliche Gefahr oder ohne ausreichende Kontrollmöglichkeiten wahrnehmen und sich als Folge zurückziehen (vgl. Kobasa, 1979), denn die Betroffenen fühlen sich hilflos und können mit der Situation nicht umgehen (vgl. Nielsen, Matthiesen & Einarsen, 2008). Im Gesundheitsbereich könnte Hardiness daher eine essentielle Rolle einnehmen um Mobbinghandlungen und somit die Folgen reduzieren (vgl. Quine, 1999). Vor allem Pflegekräfte welche in Bereichen arbeiten in denen horizontales Mobbing konstant vorkommt, sind sich über ihr eigenes respektloses Verhalten gegenüber Kolleg-Innen nicht bewusst (vgl. Stanley, Martin, Michel, Welton & Nemeth, 2007). Somit wird die Wichtigkeit unterstrichen den Resilienzfaktor Hardiness unter Pflegekräften gegenüber Mobbinghandlungen zu fördern. Als nächster Punkt wird Spiritualität und Religiosität beschrieben.

3.2.6. Religiosität und Spiritualität

Spiritualität wird in der Literatur beschrieben: *„als subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb traditioneller Religiosität verortet sein kann und damit allen -nicht nur religiösen- Menschen zu eigen ist“* (Zwingmann, 2004, S. 218). Das

Merkmal von Spiritualität ist die Suche nach dem Lebenssinn. Religiosität wiederum heißt, verschiedene Traditionen zu leben und einen bestimmten Glauben zu verkörpern sowie die Partizipation in der Religionsgemeinschaft (vgl. Bartlett, Piedmont, Bilderback, Matsumoto & Bathon, 2003). Beide Konstrukte gehören unweigerlich zusammen und können nicht einzeln betrachtet werden (vgl. Grom, 2004, o. S., zitiert nach Bengel & Lyssenko, 2012). Bezogen auf die Resilienz, bildet den Hintergrund dieser Begriffe das Modell von Pargament (2001), welches besagt, dass in belastenden Situationen religiöse Strategien eingesetzt werden können und drei Coping-Stile unterschieden werden können: Passives Coping, kooperatives Coping und Selbstmanagement (S. 180). Zusätzlich können diese Stile positiv oder negativ betrachtet werden. Der positive Stil heißt, dass der Mensch zwar um Gottes Hilfe bittet, aber dennoch Selbstverantwortung übernimmt. Somit besteht eine enge Beziehung zu Gott. Der negative Stil zeichnet sich jedoch dadurch aus, dass bestimmte Ereignisse als Strafe Gottes angesehen werden (vgl. Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998). Laut einer Studie steht ein mangelhafter religiöser Bewältigungsstil mit einer höheren psychischen Belastung bei regelmäßigen KirchenbesucherInnen in Zusammenhang (vgl. Winter et al., 2009), während eine andere Quelle zeigt, dass ein positiver Glauben das Wohlbefinden in der Bevölkerung erhöht und Erkrankungen verringert (vgl. König, McCullough & Larson, 2001, o.S., zitiert nach Bengel & Lyssenko, 2012). Im klinischen Setting, konnte jedoch nur ein schwacher positiver Zusammenhang des positiven religiösen Copingstils mit der Gesundheit gefunden werden (vgl. Klein & Albani, 2007) während die Ergebnisse einer Längsschnittstudie bei Heimpflegekräften eindeutig positive Effekte verzeichnen konnten (vgl. Hebert, Dang & Schulz, 2007). Gebete haben beispielsweise eine positive Wirkung unter Pflegekräften in Krankenhäusern (vgl. Ekedahl & Wengström, 2009).

In Bezug zu Mobbing kann ein starker Glauben ebenso als bedeutender Resilienzfaktor gesehen werden. Solange die Einstellung eines Mobbingopfers durch den Glauben verändert werden kann, hat positives religiöses Coping einen Einfluss auf das Konfliktverhalten bei Mobbing (Streib & Klein, 2012, S. 11). Wird dies auf die Pflege umgelegt, ist laut einer Studie ersichtlich, dass fast die Hälfte gemobbter Pflegekräfte in Ausbildung ihren Glauben als Bewältigungsstrategie in Mobbing-situationen einsetzen können (45 Prozent, N=722) (vgl. El Rahman, 2014). Da vor allem über horizontales Mobbing am Arbeitsplatz gerne geschwiegen wird (vgl. Taylor, 2016), kann der Glauben für Pflegekräfte eine Unterstützung in konfliktreichen Situationen darstellen. Somit können spirituelle und religiöse

Gedanken als eine Unterstützung im Pflegebereich gesehen werden und können hilfreich sein, wenn mit keiner sozialen Unterstützung während des Mobbing gerechnet werden kann. Die vorletzten Faktoren die es im Anschluss zu behandeln gilt, sind das Selbstvertrauen und die Selbstwahrnehmung.

3.2.7. Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl

Begriffe wie das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl sind eine wissenschaftliche, emotionale und bewertende Selbstwahrnehmung ob das Individuum sich mag oder nicht. Sie werden in der Literatur mit dem englischen Wort self-esteem übersetzt (vgl. Baumeister, Campbell, Krüger & Vohs, 2003, Bengel & Lyssenko, 2012). Es gibt jedoch einen, wenn auch nur geringen, Unterschied zwischen den beiden Begriffen. Die Selbstwahrnehmung ist der Oberbegriff und beschreibt wie eine Person sich selbst wahrnimmt, während das Selbstvertrauen eine Unterkategorie darstellt und die Wahrnehmung einer Person über seine/ihre Fähigkeiten beschreibt (vgl. Merriam-webster [Hrsg.], o.J.). Den Hintergrund der Selbstwahrnehmung bildet die Soziometertheorie in welcher es darum geht, dass das Selbstwertgefühl uns über unseren sozialen Status informiert und sich je nach Anerkennung oder Ablehnung anderer Personen verschieden entwickeln kann (vgl. Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995). Dies bedeutet, dass sich durch Anerkennung ein positives Selbstwertgefühl entwickeln kann. Die Literatur besagt, dass Personen mit einem hohen Selbstwertgefühl eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen (vgl. Judge & Bono, 2001), was daran liegen kann, dass Personen mit einer positiven Selbstwahrnehmung, Geschehnisse auch als weitaus weniger bedrohlich interpretieren. Außerdem besitzen sie mehr Kontrolle und sind Bewältigungsmethoden gegenüber positiver eingestellt als Personen mit weniger Selbstwert (vgl. Zeigler-Hill, 2011). Da Selbstwert den Oberbegriff darstellt wie am Anfang dieser Seite erwähnt, ist somit auch ein höheres Selbstvertrauen möglich.

Wird dies auf den Pflegebereich umgelegt, kann ebenso die positive Wirkung dieser Faktoren gezeigt werden. Bei Pflegekräften mit einer positiven Selbstwahrnehmung werden in Stresssituationen aktive Bewältigungsmethoden eingesetzt, während Pflegekräfte mit weniger Selbstwahrnehmung eher Vermeidungsstrategien nutzen (vgl. Lo, 2002). Dies kann auch nach Mobbingchikanen der Grund sein, warum zurückhaltende Personen mehr Ängste, Selbstzweifel und sozialer Isolation erliegen als von sich überzeugte Personen (vgl. Litzcke, 2003, S. 3). Auch horizontales Mobbing hängt mit dem eigenen Selbstwert-

gefühl und Selbstbewusstsein zusammen, denn horizontales Mobbing kann aufgrund von einem geringen Selbstbewusstsein oder Selbstwertgefühl unter Pflegepersonen zustande kommen (vgl. Efe & Ayaz, 2010; McKenna, Smith, Poole & Coverdale, 2003). Diese Ergebnisse machen somit deutlich, dass das Selbstvertrauen beziehungsweise im Allgemeinen das Selbstwertgefühl unter Pflegekräften gefördert werden kann und mit Mobbinghandlungen zusammenhängt. Die Kontrollüberzeugung ist der letzte Aspekt, den es zu behandeln gilt.

3.2.8. Kontrollüberzeugung

Unter einer Kontrollüberzeugung wird die subjektive Annahme eine Situation beeinflussen zu können verstanden. Hierbei ist zwischen externaler und internaler Kontrollüberzeugung zu unterscheiden. Internal bedeutet, dass die Person selbst das Ereignis beeinflusst, während bei der externalen Sichtweise, Geschehnisse dem Schicksal beziehungsweise dem Zufall zugerechnet werden (vgl. Rotter, 1966). Die soziale Lerntheorie steht hinter diesem Faktor und sagt aus, dass die Handlungen einer Person, mit den vertretenden Werten, erlebten Erfahrungen und der jeweiligen Situation zusammenhängen (vgl. Rotter, Chance & Phares, 1972, zitiert nach, Lefcourt, 2014, S. 32). Das heißt, möchte eine Person ihre aktuelle Lage verändern, können Kontrollüberzeugungen anstehende Bedrohungen reduzieren (vgl. Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Daher kann nur die interne Kontrollüberzeugung als Resilienzfaktor gelten. Eine hohe interne Kontrollüberzeugung zeugt von einer positiven Wirkung am Arbeitsplatz, denn Kontrolle über eine Situation zu besitzen, führt zu Zufriedenheit und diese kann sich im Weiteren auf die Gesundheit auswirken (vgl. Judge & Bono, 2001). Im Pflegebereich wiederum wirkt die interne Kontrollüberzeugung vor allem gegen Stress und Burnout (vgl. Schmitz, Neumann & Oppermann, 2000). Die interne Sichtweise ist aber auch für Mobbing relevant. Während der Erfahrungen mit Mobbing können betroffene Personen eine höhere interne Kontrollüberzeugung entwickeln, was die Betroffenen nach den Mobbinghandlungen resilienter macht als am Anfang (vgl. van Heugten, 2013).

Ob hohe interne Kontrollüberzeugungen im Pflegebereich Mobbinghandlungen und die Folgen reduzieren können, konnte aufgrund eines Mangels an Literatur zu diesem Bereich nicht nachgeprüft werden. Da aber interne Kontrolle gegen Stress im Pflegebereich einen geeigneten Resilienzfaktor darstellt und Mobbing eine stressauslösende Situation sein kann

(siehe Seite 20), kann angenommen werden, dass die internale Kontrolle auch Folgen von Mobbinghandlungen im Pflegebereich reduzieren kann.

Zur Beantwortung des ersten Teils der Forschungsfrage ist somit zu vermerken, dass insgesamt acht Resilienzfaktoren ausgemacht werden konnten, bei welchen die Vorteile einer Förderung dieser Resilienzfaktoren im Gesundheitsbereich dargelegt werden konnten und mit Mobbing, vor allem horizontalem Mobbing unter Pflegekräften, in Verbindung gebracht werden konnten. Bevor das Resilienzkapitel jedoch abschließt und auf den letzten Teil der Forschungsfrage eingegangen wird, werden im Folgenden die geschlechtlichen Unterschiede der einzelnen Faktoren beschrieben.

3.3. Geschlechtliche Unterschiede bei Anwendung der dargestellten Resilienzfaktoren

Wie bereits auf Seite 34 des Kapitels erwähnt, gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Anwendung von Resilienzfaktoren. Bezogen auf die soziale Unterstützung konnte herausgefunden werden, dass Frauen eher nach sozialer Unterstützung suchen und diese anbieten als es Männer tun (vgl. Belle, 1987, zitiert nach Day & Livingstone, 2003). Das kommt daher, dass Frauen ein größeres Bedürfnis haben sich anderen Menschen anzuvertrauen, während Männer versuchen sich ihrer Gefühle zu enthalten und unabhängiger zu wirken (vgl. Day & Livingstone, 2003). Des Weiteren werden Frauen betreffend Spiritualität und Religiosität in der Literatur gemeinhin als das religiöse Geschlecht beschrieben, denn laut der geschlechtsspezifischen-Unterschiedstheorie suchen Frauen in Religion ihre persönliche soziale Unterstützung (vgl. Francis & Penny, 2014, S. 322). Auch die Copingstrategien werden geschlechtsspezifisch angewendet, wobei die Frauen wiederum als emotionaler als die Männer beschrieben werden. Während Männer entweder problemorientiertes oder vermeidende Bewältigungsstrategie benutzen, greifen Frauen auf das emotionsbezogene Coping zurück und besprechen anstehende Probleme mit Familie und Freunden (vgl. Tamres, Janicki & Helgeson, 2002). Das kann mit dem typischen Rollenverhalten für weibliche und männliche Personen begründet werden (vgl. Yeh, Huang, Chou & Wan, 2009). Für Frauen ist das Redebedürfnis über Gefühle und ihr Einfühlungsvermögen kennzeichnend, während Männer es bevorzugen ihre Gefühle zu unterdrücken und zu kontrollieren oder das Problem direkt auf den Punkt zu bringen (vgl. Ptacek, Smith & Zanas,

1992). Dies erklärt auch warum Frauen nachgesagt wird intensivere positive Emotionen zu besitzen als Männer und diese auch mehr ausdrücken (vgl. Fischer, 2000, S. 197). Da Frauen vor allem aktive Coping-Strategien nutzen und internale Kontrollüberzeugungen mit der Suche nach sozialer Unterstützung zusammenhängen, kann davon ausgegangen werden, dass Frauen auch größere Kontrollüberzeugungen aufweisen als es Männer tun (vgl. Gianakos, 2002).

Bei der Anwendung des Kohärenzgefühls konnten wiederum keine Unterschiede ausgemacht werden (vgl. Volanen, Lahelma, Silventoinen & Suominen, 2004; Nilsson, Holmgren & Westman, 2000), obwohl in der Literatur steht, dass Frauen im Vergleich zu Männern nicht fähig sind ein Kohärenzgefühl hervorzurufen, wenn sie unerwünschten Lebensereignissen ausgesetzt sind (vgl. Carmel, Anson, Levenson, Bonneh & Maoz, 1991). Dasselbe kann auch über Hardiness gesagt werden, denn in der Literatur gibt es inkonsistente Ergebnisse bezüglich der geschlechtsdifferenzierten Verwendung der Widerstandskraft (vgl. Schepperd, Kashani, 1991). Ob mehr Frauen oder Männer ein größeres Selbstbewusstsein haben, ist laut Literatur ebenso sehr widersprüchlich und gehört besser erforscht (vgl. Else-Quest, Allison, Higgins, Morton, 2012; Gentile et al., 2009 & Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999). Somit bleibt es unklar ob die letzteren drei Faktoren mehr von Frauen oder Männern verwendet werden, während die anderen Faktoren von Frauen eingesetzt werden. Auf diesem Wissen kann später in der Arbeit aufgebaut werden. Als letzten Punkt dieses Kapitels, wird als Abschluss kurz die Theorie erklärt mit welchem der darauffolgende Teil dieser Arbeit zusammenhängt und die Fähigkeit individuelle Resilienz zu besitzen, unterschiedlich betrachten.

3.4. Resilienzmodelle

Im Arbeitskontext gibt es zwei Resilienzmodelle: Das Eigenschaftsmodell und das Trainingsmodell. Beim ersteren Modell wird angenommen, dass die Widerstandsfähigkeit ein Charakteristikum darstellt. Personen welche Resilienz besitzen kommen leichter mit Belastungen zurecht als Personen die keine Widerstandsfähigkeit besitzen. Dies ist auch der Grund warum bereits in der Personalpolitik darauf geachtet werden sollte eher resistente Personen einzustellen (vgl. Faller, 2013, S. 103 f.). Dies ist jedoch kaum möglich, denn immerhin ist Resilienz kein richtiges Charakteristikum der Persönlichkeit, sondern unter-

liegt individuellen Situationen und zeitlichen Faktoren und kann kommen und gehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 10). Außerdem kann in der Praxis nicht so leicht zwischen resistenten und nicht resistenten Personen unterschieden werden da sich Menschen auch weiterentwickeln können. Mitunter bewegen sich die Erfordernisse für die Arbeit nie im gleichen Rahmen wie am Anfang gedacht und es hängt von verschiedenen Einflussfaktoren ab als wie belastend eine Situation letztendlich wahrgenommen wird (vgl. Faller, 2013, S. 103). Aus diesem Grund bildet das Trainingsmodell den theoretischen Rahmen dieser Arbeit, denn es besagt, dass sich individuelle Resilienz durch Training fördern lässt. Seminare und Übungen helfen mit Stresssituationen unbekümmerter umzugehen. Im Unternehmen heißt dies, dass das Humankapital optimal genutzt werden kann (vgl. ebd., 2013, S.104). Als Grundlage von Resilienz und Training ist die positive Psychologie zu sehen. Darunter wird verstanden, dass durch die Erzeugung einer positiven Gemütsverfassung, die körperliche und psychische Gesundheit verbessert werden kann (vgl. Lyubomirsky & Layous, 2013). Die einzelnen Resilienzfaktoren zu fördern ist daher eine wichtige Aufgabe und wird im nächsten Kapitel nachgegangen.

4. Strategien zur Förderung der Resilienzfaktoren

In diesem Kapitel wird der zweite Teil der Forschungsfrage beantwortet und die Resilienz-faktoren von Pflegekräften durch einzelne Maßnahmen gefördert. Diese können sowohl in gesundheitlichen Betrieben als auch in außerbetrieblichen Organisationen angewendet werden. Um die Stellung von Mobbing für diese Arbeit noch einmal zu verdeutlichen, wird Mobbing in der Literatur als eine „*extreme Form sozialer Belastungen in Organisationen*“ dargestellt (Zapf, 2002, S. 1) und hat einen direkten Einfluss auf Stress (vgl. Yaman, 2015), welcher in weiterer Folge Stressreaktionen und körperliche und psychische Stress-folgen, aber auch Verhaltensfolgen, welche weitere Mobbinghandlungen hervorrufen können, auslöst (vgl. Merk, 2014, S. 26 ff.).

Es gibt fünf Ansätze um die individuelle Resilienz von Pflegekräften zu entwickeln:

- Durch Netzworkebildung und Mentoring sollen professionelle Beziehungen am Arbeitsplatz entstehen.
- Eine positive Einstellung soll sich durch Humor, Optimismus und positive Emotionen entwickeln.
- Um eigene Risiko- und Resilienz-faktoren zu verstehen, muss sich mit den persönlichen Gefühlen auseinandergesetzt werden.
- Um dem Leben einen Sinn und Kohärenz zu geben, muss versucht werden ein inneres Gleichgewicht im Leben zu erreichen und Spiritualität einzusetzen.
- Um emotionale Stärke zu fördern, muss Reflektion erlernt werden (vgl. Jackson, Firtko & Edenborough, 2007).

Diese Ansätze sind jedoch noch keine Interventionen um die Resilienz-faktoren aktiv zu fördern. Konkrete Maßnahmen sind notwendig, die von der Leitung und den Führungskräften von Betrieben und Organisationen ausgehen müssen. Ein guter Umgang mit negativen Emotionen ist wichtig um individuelle Resilienz aufbauen zu können (vgl. Gunkel, Böhn & Tannheimer, 2014, S. 260 ff.). Durch praxisorientierte Vorträge, Kampagnen oder Berichten in betrieblichen Journals können Mitarbeiter–Innen zuerst über Mobbing sensibilisiert werden (vgl. Merk, 2014, S. 102) und über Prävalenzen, Ursachen sowie die Konsequenzen von horizontalem Mobbing informiert werden. Eine andere Bezeichnung dafür ist

„*Raising awareness*“ (Omari, 2010, S. 2) und stellt einen der Inhalte der verschiedenen Methoden der Informationsveranstaltung dar. Anschließend erfolgt der „*Call to action*“ (ebd., 2010, S. 2), wo dazu motiviert wird etwas gegen Mobbing und die Konsequenzen zu unternehmen (vgl. ebd., 2010, S. 2). Hierbei kann die Resilienz erläutert und Personal ermutigt werden, aktiv die eigene psychische Widerstandskraft zu verbessern (vgl. Gunkel, Böhn & Tannheimer, 2014, S. 267). Im nächsten Schritt „*The provision of training*“ (Omari, 2010, S. 3) können klare Empfehlungen zur Förderung der Resilienzfaktoren dargeboten werden (vgl. Gunkel, Böhn & Tannheimer, 2014, S. 267). Anschließend, erfolgt der „*Monitoring progress*“ (Omari, 2010, S. 3), um die Maßnahmen zu beobachten und Veränderungen im Unternehmen ersichtlich zu machen (vgl. ebd., 2010, S. 3).

Durch Stresseminare und Workshops, Gesundheitszirkel, Kurse sowie Erziehungs- und Trainingsmethoden können Herausforderungen am Arbeitsplatz leichter bewältigt werden, denn diese bilden wichtige Grundsteine um individuelle Resilienz aufzubauen oder zu fördern (vgl. Gunkel, Böhm & Tannheimer, 2014, S. 265; McAllister & McKinnon, 2009). Die individuelle Resilienz kann bei ausgebildeten Pflegekräften gefördert werden (vgl. Cameron & Brownie, 2010), doch die Literatur ist hierzu uneinig, denn die Förderung kann bereits während der Ausbildung im Pflegeberuf ansetzen um Teil eines lehrreichen Unterrichts zu werden (vgl. McAllister & McKinnon, 2009). Durch die verschiedenen Methoden kann die Kommunikation untereinander gestärkt werden und Stressverarbeitungsstrategien früh erlernt werden (vgl. Rammsayer & Schmiga, 2011). Als Stressmanagement werden alle Strategien und Handlungen verstanden, welche Folgen, ausgelöst durch belastende Situationen, verringern oder erst gar nicht entstehen lassen. Außerdem können negative Gedanken verdrängt werden oder sich in positive Gedanken verändern und somit die Stressreaktionen regulieren. Stressbewältigung fängt bereits im Kopf an. Durch eine veränderte Interpretation eines Problems können Stressreaktionen, welche gerade von horizontalem Mobbing ausgelöst werden, abgeschwächt oder verhindert werden und individuelle Resilienz gefördert werden (vgl. Meiffert, 2010, S. 46 ff.; Leymann, 1993). Stressmanagementtechniken sollen dabei helfen wieder einen klaren Blick in Angesicht der Belastungssituation zu erlangen (vgl. Richardson & Rothstein, 2008). Resilienzfaktoren, wie das Selbstwertgefühl und optimistische Gedanken, und somit auch Resilienz, werden durch solche Techniken gezielt entwickelt beziehungsweise gefördert (vgl. Bruning & Frew, 1986; Steinhardt & Dolbier, 2008). Aufgrund des Arbeitsumfelds kann gerade unter Pflegekräften in Krankenhäusern horizontales Mobbing entstehen und in Folge Stressreaktio-

nen und gesundheitliche Konsequenzen auslösen (vgl. Yildirim & Yildirim, 2007), was die Notwendigkeit betont gerade Pflegekräfte auf Stressmanagementtechniken aufmerksam zu machen. Diese Stressmanagementtechniken werden nachfolgend ausführlich erklärt.

4.1. Entspannungstechnik

Als Entspannungstechnik und zum Stressabbau nimmt die Meditation eine große Rolle ein (vgl. Steinhardt & Dolbier, 2008). Meditation bedeutet sich auf ein bestimmtes Objekt zu konzentrieren und alle andere Gedanken auszublenden (vgl. Bruning & Frew, 1987). Es gibt in der Literatur drei häufig verwendete Arten der Mediation: Zen, Vipassana und Yoga. Vipassana ist einer der ältesten Mediationstechniken der buddhistischen Lehre (vgl. Schmidt, Buchheld, Niemann, Grossman & Walach, 2004, S. 157) und trägt dazu bei, den Nutzer–Innen einen leichteren Umgang mit den eigenen Emotionen zu ermöglichen (vgl. Ospina et al., 2007, S. 33 f.), während das Hauptziel der Zen-Mediation, die Förderung der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung ist (vgl. Brenner, 2009). Anders als bei Zen und Vipassana, heißt Yoga, den Geist, Körper und Seele zu vereinen, um somit die Gesundheit und spirituelle Energie zu stärken (vgl. Ospina et al. 2007, S. 38 ff.). Mediation kann einzeln oder in Gruppen durchgeführt werden (vgl. Mantzios & Giannou, 2014) und gesundheitliche Probleme wie Depressionen, Ängste, Herzerkrankungen und Schlafstörungen reduzieren (vgl. Ospina et al. 2007, S. 10 ff.). Die Achtsamkeit welche durch diese Techniken trainiert wird, fördert auch das Wohlbefinden und somit Arbeitszufriedenheit, die Arbeitsleistung und trägt dazu bei sich von stressvollen Ereignissen leichter zu erholen (vgl. Glomb, Duffy, Bono & Yang, 2011). Unter einem stressvollen Ereignis wird auch Mobbing beziehungsweise horizontales Mobbing verstanden. In der Pflege wird die positive Wirkung von Meditation auf die Resilienz und die Gesundheit bekräftigt. Acht Wochen lang täglich meditierende Pflegekräfte (20, N=40) im Krankenhaus besaßen am Ende der Studie einen höheren Kohärenzsinn, waren stressresistenter und Depressionen sowie Angstzustände konnten verringert werden (vgl. Foureur, Besley, Burton, Yu & Crisp, 2014). Letztere Erkrankungen sind typische Mobbingfolgen (vgl. Nolfé, Petrelle, Blasi, Zontini & Nolfé, 2007), was die Wichtigkeit von Meditation und die Stärkung von Resilienzfaktoren in diesem Bereich unterstreicht. Weitere Faktoren welche durch meditative Techniken in der Pflege gestärkt werden können, sind Spiritualität und die Emotionsregulation (vgl. Shapiro, Astin, Bushop & Cordova, 2005), da dies ebenso zwei Faktoren dar-

stellen welche Mobbingfolgen reduzieren können wie bereits im vorherigen Hauptkapitel behandelt.

Eine andere Wirkung haben Übungsprogramme auf die Resilienz. Unter Übungsprogrammen können sportliche Betätigungen verstanden werden, in welcher die Endorphin-Produktion angeregt wird (vgl. Bruning & Frew, 1987). Ein Beispiel dazu sind Dehnungsübungen oder sitzende Aerobicübungen, welche direkt am Arbeitsplatz ausgeübt werden können (vgl. Milliken, Clements & Tillman, 2007; Rogerson & Emes, 2008). Gemütsverfassungen können dadurch positiv beeinträchtigt werden (vgl. Conn, Hafdahl, Cooper, Brown & Lusk, 2009). Der Zusammenhang mit horizontalem Mobbing wird damit deutlich, dass Mobbing zu schlechten Launen führen kann (vgl. Vartia, 2001). Werden diese Ergebnisse auf den Pflegebereich umgeleitet, ist anzunehmen, dass eine sportliche Betätigung in Pflegekräften positive Emotionen wecken kann und somit deren individuelle Resilienz fördert. Da aber gerade im Gesundheitsbereich widersprüchliche oder konkurrierende Ziele auftreten und dies mit einer geringeren Sportlust einhergeht, ist es wichtig Pflegekräften körperliche Betätigung nahelegen (vgl. Gebhardt & Maes, 2001), was aufgrund eines Mangels an Motivation, welcher durch Mobbing im Gesundheitsbereich ausgelöst werden kann, schwierig ist (vgl. Šoljan, Josipović-Jelić & Titlić, 2009). Aus dieser Literatur geht somit hervor, dass Entspannungstechniken wie die Meditation und sportliche Betätigungen die Folgen von Mobbing unter Pflegekräften der gleichen Ebene durch die Resilienzfaktoren der positiven Emotionen, Spiritualität und des Kohärenzsinnns reduzieren können.

4.2. Selbstreflexionstechnik

Eine andere Methode, welche auch zu den Stressmanagementtechniken zählt, ist die Selbstreflexion. Durch Aufzeichnungen oder auch die Führung eines Tagebuchs, auch Journaling genannt, können Mitarbeiter–Innen von belastenden Situationen berichten, das eigene Stresslevel beobachten, die eigenen Reaktionen aufschreiben und somit von ihrem Verhalten lernen (vgl. Alford, Malouff & Osland, 2005). Den Beginn setzt das Niederschreiben von täglichen Unannehmlichkeiten, auch wenn es nur zur einer kleinen Auseinandersetzung mit einer/m Kollegin/Kollegen kommt. Dies geschieht objektiv ohne die Situation im Vorhinein zu bewerten. Im nächsten Schritt werden Gefühle und Meinungen

über die Situation dokumentiert und als letzter Punkt wird über die Situation ein Urteil abgegeben. Hierbei können Gefühle oder Aktionen, welche durch die Situation ausgelöst wurden sowie die Gedanken darüber, aufgeschrieben und festgehalten werden (vgl. Southwick, Pietrzack & White, 2011, S. 295). Dies lässt auf eine leichtere Verarbeitung mit Mobbinghandlungen schließen. Im klinischen Kontext konnte bereits gesehen werden, dass eine Selbstreflexion den Resilienzfaktor der sozialen Unterstützung bei Pflegekräften im Krankenhaus (N=14) fördern kann (vgl. McDonald, Jackson, Wilkes & Vickers, 2012) und somit gesundheitliche Mobbingfolgen reduziert werden können (vgl. McGrath, 2012). Dies lässt sich dadurch erklären, dass das schriftliche Niederschreiben über die Mobbing-situation als Beweisgrundlage gilt, welche beispielsweise, um eine Unterstützung der Leitungsetage zu bekommen, förderlich sein kann (vgl. Grant & Kinman, 2013) und ist gerade gegen horizontales Mobbing ein wichtiger Resilienzfaktor (vgl. Gaffney, DeMarco, Hofmeyer, Vessey & Budin, 2012). Details über Mobbing mit Angabe des Ortes, Dauer, Datum und den beteiligten Personen aufzuschreiben, dient als Nachweis der stattgefundenen Mobbinghandlung und schützt die betroffene Person vor Arbeitsplatzverlust (vgl. Ozturk, Sokmen, Yilmaz & Cilingir, 2007). Da auch die Gemütsverfassung durch horizontales Mobbing unter Pflegekräften angegriffen sein kann, ist diese Methode ebenso hilfreich um neue Sichtweisen unter Pflegekräften zu entwickeln um negative in positive Emotionen zu verändern (vgl. Jackson & Firtko & Edenborough, 2007). Außerdem dient Journaling in der Pflege zur Identifikation der eigenen Stärken und Schwächen sowie zur Stärkung des Selbstvertrauens ein Problem zu lösen (vgl. Langley & Brown, 2010), was auch auf die Anwendung aktiver Copingstrategien gegen horizontales Mobbing schließen lässt, bevor ernsthaftere Konsequenzen entstehen.

Eine weitere Methode welche mit der Selbstreflexion zusammenhängt, stellt das sogenannte „*Storytelling*“ dar, in welcher Personen ihre Erfahrungen öffentlich machen (East, Jackson, O’Brien & Peters, 2010). Das Storytelling besteht aus sechs Schritten und läuft folgendermaßen ab: Die erste Phase betrifft die Planungsphase in welcher der Rahmen für das Erzählen, der inhaltliche Kern sowie die Teammitglieder festgelegt werden. Im nächsten Schritt werden einzelne Interviews zu den Geschehnissen, welche vorab diskutiert werden, durchgeführt. Es können direkt als auch indirekt beteiligte Personen befragt werden und abhängig vom Umfang dieses Projektes zehn bis 200 Betroffene ausgewählt werden. Die Interviews werden aufgezeichnet, transkribiert und im Nachhinein von den jeweils Interviewten im Falle von falschen oder unvollständigen Aussagen korrigiert, damit eine adä-

quate Weitergabe der Sichtweise ermöglicht werden kann. Im Folgenden werden die wichtigsten Aussagen aus allen Erzählungen zu dem Thema aus dem Text herausgeschrieben und geordnet. Danach werden die Aussagen zu einem Ganzen zusammengefügt. Die Rohfassung der Geschichte wird von den Interviewten nochmals geprüft und somit zugleich den Erfahrungsaustausch und Diskussion zwischen den Beteiligten anzuregen. Als letzter Schritt wird die Geschichte intern für Diskussionen innerhalb der Teilnehmenden verbreitet. In Workshops und Gruppengesprächen kann dieses Dokument als Grundlage für Diskussionen verwendet werden (vgl. Reinmann-Rothmeier, Erlach & Neubauer, 2000, S. 6 f.). Das Erzählen von Ereignissen offenbart Emotionen und macht Vergleiche mit anderen Erzählungen möglich (vgl. East, Jackson, O'Brien & Peters, 2010). Dies kann gerade bei negativen Ereignissen wie Mobbing hilfreich sein, denn die Heilung schmerzhafter Erfahrungen kann erst dann beginnen, wenn dem Thema und den Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt wird (vgl. Leseho & Block, 2005). MitarbeiterInnen müssen daher ermutigt werden über ihre Erfahrungen zu erzählen und ihre einzelnen Strategien zu berichten. Mittels Gesprächen können Erlebnisse so besser verarbeitet werden. Die Relevanz des Storytellings kann auf den Gesundheitsbereich angewandt werden, denn die Pflege ist ein Berufsfeld hoher emotionaler Belastung (vgl. East, Jackson, O'Brien & Peters, 2010). Um Belastungen im Pflegeberuf wie Mobbing entgegenzuwirken, ist es wichtig das Bewusstsein für horizontale Arbeitsplatzgewalt zu stärken und die Kommunikation zu fördern. Storytelling kann zu einer guten Kommunikation beitragen (vgl. Ceravolo, Schwartz, Foltz-Ramos & Castner, 2012). Somit kann die Beziehung zwischen KollegInnen gestärkt und die Resilienz durch Faktoren der sozialen Unterstützung, Hardiness und positiven Emotionen, gefördert werden (vgl. East, Jackson, O'Brien & Peters, 2010), denn Interaktionen miteinander führen zu einem Gefühl der Verbundenheit und Zugehörigkeit (vgl. Chadwick, 2004). Des Weiteren führen Erzählungen über Ereignisse zwischen Personen des Gesundheitssektors durch neue Einsichten auch zu der Motivation die Probleme zu lösen (vgl. Skjørshammer, 2002), was den Einsatz aktiver Coping-Strategien gegen horizontales Mobbing fördern kann. Die Strategien Journaling und Storytelling können somit die soziale Unterstützung anderer Personen, Selbstvertrauen, positive Emotionen, aktive Coping-Strategien und Hardiness im Pflegebereich fördern, bevor die Mobbingkonsequenzen schlimmere Ausmaße annehmen.

4.3. Videovignetten und diverse Trainingsmethoden

Um die individuelle Resilienz zu fördern, können Videovignetten oder diverse Trainingsmethoden wie das Rollenspiel, das Sensitivitätstraining oder das Selbstbehauptungstraining angewendet werden. Videovignetten dienen dazu durch Bilder, Einzelheiten von Szenarien, welche auf der Wirklichkeit basieren, darzustellen um sich in die Situation besser hineinversetzen zu können (vgl. Volandes, 2007), während sich in Rollenspielen wiederumausgewählte Personen mit verschiedensten emotionalen Situationen im Berufsalltag auseinandersetzen. Die Personen bekommen durch dieses Spiel die Möglichkeit, ein Problem aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten und ein emotionales Verständnis für die Lage der betroffenen Personen zu bekommen (vgl. Von Rosenstiel, 1999, S. 113). Gerade bei Mobbing kann ein Mangel an Verständnis herrschen und somit kann es an Einfühlungsvermögen fehlen (vgl. Myhrvold, 2003). Durch diese Methoden kann das Einfühlungsvermögen jedoch geweckt werden und da Personen mit hohem Einfühlungsvermögen mehr soziale Unterstützung als Personen mit niedrigem Einfühlungsvermögen anbieten können, können Erstere unterstützend handeln (vgl. Trobst, Collins & Embree, 1994). Aus dieser Literatur kann daher geschlossen werden, dass Rollenspiele und Videovignetten die soziale Unterstützungskompetenz in Kolleg-Innen fördern können, was im weiteren Sinne die Widerstandsfähigkeit in Betroffenen stärken kann und somit Mobbingfolgen verhindern kann. Da Rollenspiele und Videovignetten im Pflegebereich typische Methoden darstellen um die Kommunikation bei horizontalem Mobbing untereinander zu fördern (vgl. Ceravolo, Schwartz, Foltz-Ramos & Castner, 2012), kann angenommen werden, dass die soziale Unterstützung auch im Pflegebereich gestärkt werden kann.

Eine ähnliche Methode wie das Rollenspiel stellt das Sensitivitätstraining dar. Während ausgewählte Mitarbeiter-Innen im Betrieb untereinander vor anderen Personen kommunizieren, analysieren Beobachter-Innen das Verhalten des Personals. Das Stressniveau bei dieser Art von Training ist ziemlich hoch, da auch aggressives Verhalten vorkommen kann und der/die Trainer-In die Mitarbeiter-Innen bis zu ihrer psychischen Frustrationsgrenze stressen kann. Dadurch werden die teilnehmenden Mitarbeiter-Innen seelisch abgehärtet und entwickeln zugleich ein gewisses emotionales Gespür für ihr Gegenüber. Die Mitarbeiter-Innen erlernen außerdem die Regulation ihrer Gefühle sowie den bewussten Einsatz ihrer Reaktionen und den leichteren Umgang mit Spannungen (vgl. Wiedemann, 1978, S.

49 ff.). Da durch Mobbing Gefühlserlebnisse ihre ganze Wirkung entfalten können (vgl. Merk, 2014, S. 31), kann durch dieses Training erlernt werden mit den Reaktionen, Gefühlen und Spannungen bei Mobbing zwischen Kolleg-Innen richtig umzugehen und Folgen zu mindern. Vor allem in Dienstleistungsberufen in welchem der Kunde im Mittelpunkt steht, wie im Pflegebereich der/die Patient-In, ist der Umgang mit negativen Gefühlen wichtig (vgl. Brehm, 2001). Durch die Entwicklung eines emotionalen Gespürs, kann auch die Förderung der sozialen Unterstützung möglich werden.

Eine weitere Trainingsmethode stellt das Selbstbehauptungstraining dar. Dieses Gruppentraining wurde entwickelt um durch fortwährende Ich-Aussagen (z.B. Ich möchte), die Aussprache von Gedanken, den Ausdruck positiver Gefühle und Wertschätzung, die Aufzählung der eigenen Stärken und Schwächen sowie des bewussten Umgangs mit der Körpersprache, der Wortwahl und des Tons, die eigene Durchsetzungsfähigkeit zu verbessern. Diese Strategie kann Personen helfen sich selbst in einem anderen Licht zu sehen, Selbstwertgefühl, Selbstkontrolle und soziale Kompetenz aufzubauen sowie Ängste und Sorgen abzubauen (vgl. Wesley & Mattaini, 2008). Dieses Training ist für Mobbinghandlungen von Relevanz, da durch das Erlernen der Durchsetzungsfähigkeit, Mobbinghandlungen gestoppt und somit auch die Folgen verringert werden können. Den Effekt dieses Trainings auf den Gesundheitsbereich unterstreicht eine Studie mit 30 Pflegekräften welche in Krankenhäusern arbeiten. Ergebnisse der Studie konnten zeigen, dass der negative Mobbingzustand durch das Training verringert werden konnte ($p < 0,01$) (vgl. Karakas & Okanli, 2015). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Zeigen von Mobbing-situationen sowie Trainingsmethoden die soziale Unterstützung, Selbstkontrolle, positive Emotionen und das Selbstwertgefühl und somit auch das Selbstbewusstsein bei Pflegekräften im Gesundheitsbereich fördern kann.

4.4. Einsatz von Mentoring und Coaching

Eine weitere Strategie die in Gesundheitsberufen zur Anwendung kommen kann, ist der Einsatz von Supervision, beispielsweise Mentoring und Coaching. Supervision ist der Oberbegriff und eine Art der Beratung, wobei einzelne Personen, Teams oder Gruppen, zusammen mit dem/der Supervisor-In, Probleme, auf den Arbeitsplatz bezogen, diskutieren (vgl. Fatzer, Looss & Rappe-Giesecke, 1999, S. 54; Llorens, Salanova & Losilla,

2009), während Mentor–Innen aber auch Coachs aufgrund gewisser Ziele handeln und aktiv Probleme lösen (vgl. Parsloe & Wray, 2000, S. 12 ff.). Oft sind sich Führungskräfte nicht bewusst wie mit gewissen Situationen zwischen Mitarbeiter–Innen umgegangen wird. Daher werden soziale Konflikte als „*Zickenstress*“ dargestellt oder „*schwierigen*“ Personen zugeordnet. Manche Führungspersonen neigen auch zur Selbstüberschätzung und sind der Meinung über jegliche Situation die Kontrolle zu besitzen (Gunkel & Szpilok, 2009, S. 216). Mitarbeiter–Innenorientiertes Handeln, Achtung, Anerkennung, Resonanz, Beistand, ein offenes Ohr besitzen, die Kompetenz Probleme zu lösen sowie eine faire Behandlung aller Mitarbeiter–Innen gegenüber sind von Nöten, um die Gesundheit des Personals zu fördern. Durch das Ansetzen einzelner Besprechungen oder Teamgespräche können Führungskräfte besser auf die Probleme ihrer Mitarbeiter–Innen eingehen (vgl. Gunkel, Böhn & Tannheimer, 2014, S. 266). Die meisten Mobbinghandlungen finden statt, wenn die Supervision am geringsten ist (vgl. Pearce & Thompson, 1998), daher sind Gespräche und aktive Unterstützung umso wichtiger (vgl. Merk, 2014, S. 38). Normalerweise überwachen Supervisor–Innen mehrere Angestellte zugleich, während sich im klinischen Setting einer einzelnen Pflegeperson gewidmet wird (vgl. Faugier, 1992, S. 18), was auch auf Mobbing abgeleitet werden kann. Leiter–Innen des Gesundheitswesens haben die Aufgabe, ihren Angestellten einen friedlichen Arbeitsplatz frei von Schikanen zur Verfügung zu stellen und im Falle von horizontalem Mobbing aktiv einzugreifen (vgl. Murray, 2009).

Fragen welche die Führungskräfte bei den Gesprächen in Bezug auf Mobbing den Pflegekräften stellen können, sind beispielsweise:

- 1) Durch welche Taten fühlen Sie sich negativ beeinflusst?
- 2) Von welcher Person gehen die Handlungen aus?
- 3) Welcher Konflikt verbirgt sich Ihrer Meinung nach dahinter?
- 4) Was ist Ihre Einstellung zu der Situation? Welche Lösungen könnten sinnvoll sein?
- 5) Welche Wünsche haben Sie zukünftig betreffend den zwischenmenschlichen Kontakt mit den Kolleg–Innen? (vgl. Resch, 1997, S. 23)

Diese Fragen geben Handlungsmöglichkeiten wieder um horizontalem Mobbing im Pflegebereich auf den Grund zu gehen und Lösungsstrategien zu entwickeln. Die soziale Unterstützung, welche im Pflegebereich somit wahrgenommen wird, wirkt sich positiv auf die Resilienzentwicklung aus (vgl. McAllister & McKinnon, 2009). Jedoch kann nicht nur eine

Führungskraft als Mentor–In auftreten, denn auch Peer-Mentoring (zwischen Kolleg–Innen) ist nützlich (vgl. Cureton, Green & Meakin, 2010). Als eine Folge von horizontalem Mobbing wird das Opfer isoliert, wie eine Studie im Pflegebereich aufzeigt (vgl. Topa & Moriano, 2013). Peer- Mentoring dient dazu das Opfer aus dem isolierten Zustand wieder herauszuholen und den Kontakt mit den Kolleg–Innen zu fördern (vgl. Cureton, Green & Meakin, 2010), denn horizontales Mobbing muss nicht bedeuten, dass das Opfer von allen Kolleg–Innen gemobbt wird. Im Pflegebereich haben Pflegekräfte die Möglichkeit durch einen Code ihren Kolleg–Innen verstehen zu geben, dass seelische Gewalt am Arbeitsplatz auftritt. Beispielsweise können Mobbingbetroffene ihre anderen Kolleg–Innen diskret auf die Situation aufmerksam machen. Diejenigen Kolleg–Innen welche gerade zur Verfügung stehen, kommen hinzu und beobachten die Mobbingssituation was den/die Täter–In dazu bringt, sich ertappt zu fühlen und die Mobbinghandlungen zu beenden (vgl. Murray, 2009). Die Wichtigkeit von Beziehungen unter Pflegekräften wird von Topa und Moriano (2010) betont. Mentoring zwischen Kolleg–Innen kann somit ebenso als emotionale Unterstützung dienen (vgl. Cureton, Green & Meakin, 2010), doch auch die Reflexionsfähigkeit wird gestärkt, Ängste verringert und die Fähigkeit neue Perspektiven und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, wird unterstützt (vgl. Cureton, Green & Meakin, 2010), was somit auch aktive Coping-Strategien fördern kann. Um als Mentor–In erfolgreich auftreten zu können, ist es möglich eine Leitlinie zu entwickeln, welche Empfehlungen für die Ausübung der Rolle beinhaltet. Erwartungen abklären, Entwicklungspotentiale fördern, Ermutigung in Nachahmungen (Modeling), persönliche Gesundheit stärken, Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen fördern (vgl. Johnson, 2002) sowie Feedback geben (vgl. Tourigny & Pulich, 2005) können solche Empfehlungen sein.

Neben Mentoring ist auch das „*Emotion Coaching*“ zu erwähnen (Greenberg, 2004, S. 6.). Emotion Coaching bedeutet, dass Personen geholfen wird die eigenen Gefühle wahrzunehmen, zu akzeptieren, zu verarbeiten und alternative resiliente Emotionen, aufgrund von internen Ressourcen, hervorzurufen. Diese kollektive Zusammenarbeit, zwischen Coach und Betroffenen, soll den Opfern helfen Probleme durch Akzeptanz zu lösen statt Gefühle zu vermeiden. Durch Anerkennung und aktives Zuhören oder auch Therapien kann gelernt werden die eigenen Emotionen zu regulieren und zu verändern (vgl. ebd., 2004), was ebenso bei horizontalem Mobbing im Pflegebereich zu beachten ist. Arbeit unter emotionaler Belastung kann die Zufriedenheit und Verweildauer der Pflegepersonen negativ beeinflussen (vgl. McAllister & McKinnon, 2009). Aufgrund dieser Fakten kann durch Coaching

und Mentoring die soziale Unterstützung in Pflegekräften und klinischen Leiter–Innen, als sowohl das Selbstvertrauen, das Selbstwertgefühl sowie positive Emotionen in den Mobbingopfern gefördert werden.

4.5. Weitere Maßnahmen

Der Gesundheitszirkel und das Role modeling stellen ebenso resilienzfördernde Strategien dar. Modeling heißt, dass eine Person als ein positives Beispiel auftritt und in ihrem Verhalten imitiert wird (vgl. Holton, 2004). Role modeling dient dazu anderen Personen durch Worte und Taten, Wertschätzung entgegenzubringen, Potentiale zu erkennen sowie potentielle Probleme zu identifizieren und Lösungen anzubieten. Außerdem können durch ein erfolgreiches Nachahmen gewisser Handlungen, Beziehungen aufgebaut werden (vgl. Perry, 2008), was wiederum bei Mobbing von Vorteil ist, da durch Mobbing das Betriebsklima leidet (vgl. Merk, 2014, S. 53). Für Pflegekräfte ist das Role Modeling geeignet und dessen Erfolg konnte bereits bei dem Nachahmen alltäglicher Handlungen im Pflegebereich gesehen werden (vgl. Perry, 2008), was bedeutet, dass diese Maßnahme auch für Mobbing im Pflegebereich anwendbar ist. Resilienzfaktoren welche aus der Literatur hervorgehen und gestärkt werden können, sind die soziale Unterstützung und die Förderung aktiver Coping-Strategien.

Eine weitere Maßnahme stellt die Bildung von Gesundheitszirkeln dar. Das Ziel von Gesundheitszirkeln ist es in einer bestimmten Gruppe einer Organisation oder eines Betriebes, die Belastungen der Mitarbeiter–Innen zu analysieren, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und somit die Gesundheit des Personals zu fördern, welche sich auch indirekt auf den Erfolg des Unternehmens auswirkt (vgl. Schneider, 2014, S. 180). Horizontalem Mobbing kann durch Zirkel am Arbeitsplatz entgegengewirkt werden, denn die sozialen Beziehungen werden durch die Auseinandersetzung mit dem Problem gefördert (vgl. Hutchinson, 2009). Im Gesundheitsbereich werden Gesundheitszirkel gebildet um belastende Situationen, denen die Pflegekräfte ausgesetzt ist, auf den Grund zu gehen und Maßnahmen für Verbesserungen in die Wege zu leiten. Ein Gesundheitszirkel im Pflegedienst kann beispielsweise aus folgenden Personen bestehen: „*Pflegebereichsleitung, 1 Betriebs-, Personalratsmitglied, Betriebsrat Sicherheitsfachkraft, Moderator–In, Verwaltungsbereich, Ärztlicher Dienst, 2-3 Krankenpfleger–Innen*“ (Slesina, 2000, S. 58 f.). Teamarbeit und

Kommunikation sind Themen im Pflegedienst, welchen in Gesundheitszirkeln Priorität geschenkt wird (vgl. Slesina, 2000, S. 59). Aufgrund dessen kann auch die Relevanz von Mobbingthemen in der Pflege Bedeutung geschenkt werden und sich durch Seminare und Schulungen in Gesundheitszirkeln damit auseinandergesetzt werden (vgl. Kolodej, 2005, S. 153). Aus der Literatur lässt sich ableiten, dass die Gesundheitszirkel auch für die Resilienz eine Bedeutung haben, denn durch die gemeinsame Erarbeitung des Problems und der Lösungsvorschläge können aktive Copingstrategien und die soziale Unterstützung verbessert werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl Gesundheitszirkel als auch Role Modeling, die soziale Unterstützung und aktive Coping-Strategien unter Pflegekräften fördern können.

Um für Pflegekräfte in Gesundheitsbetrieben wie Krankenhäusern, Alten-, und Pflegeheimen die Strategien dieses Kapitels übersichtlicher zu gestalten, werden im nachfolgenden die Maßnahmen zur Förderung der individuellen Resilienzfaktoren in Einzel-, und Gruppenmaßnahmen unterteilt und in Tabelle 4 dargestellt:

Tabelle 4: *Einzelmaßnahmen und Gruppenmaßnahmen zur Resilienzförderung von Pflegekräften* (eigene Darstellung)

Einzelmaßnahmen	Gruppenmaßnahmen
Meditation	Meditation
Journaling	Videovignetten
Mentoring und Peer-Mentoring	Rollenspiele
Emotions-Coaching	Sensitivitätstraining
Role modeling	Selbstbehauptungstraining
Aerobic- und Dehnungsübungen	Gesundheitszirkel
	Storytelling
	Informationsveranstaltungen

In Tabelle 5 werden die einzelnen Resilienzfaktoren in Zusammenhang mit den Strategien des Kapitels dargestellt.

Tabelle 5: Maßnahmen und geförderte Resilienzfaktoren von Pflegekräften (eigene Darstellung)

Strategien	Positive Emotionen	Soziale Unterstützung	Aktives Coping	Sonstige
Meditation	Positive Emotionen			Kohärenzsinn, Spiritualität
Physische Übungen	Positive Emotionen			
Journaling	Positive Emotionen	Soziale Unterstützung	Aktives Coping	Selbstvertrauen
Storytelling	Positive Emotionen	Soziale Unterstützung	Aktives Coping	Hardiness
Videovignetten		Soziale Unterstützung		
Rollenspiel		Soziale Unterstützung		
Sensitivitätstraining	Positive Emotionen	Soziale Unterstützung		
Selbstbehauptungstraining		Soziale Unterstützung		Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Kontrolle
Mentoring		Soziale Unterstützung	Aktives Coping	Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen
Emotionscoaching	Positive Emotionen			
Role modeling		Soziale Unterstützung	Aktives Coping	
Gesundheitszirkel		Soziale Unterstützung	Aktives Coping	

In dieser Tabelle kann gesehen werden, dass durch die einzelnen Methoden positive Gefühle, die soziale Kompetenz als auch das aktive Coping am öftesten gefördert werden können. Wird die Aufmerksamkeit auf geschlechtliche Unterschiede gelenkt, kann aufgrund der Ergebnisse aus Kapitel 3 ebenso angenommen werden, dass vor allem Frauen auf die verschiedenen Methoden ansprechen, da die meisten beschriebenen Resilienzfaktoren auf Seite 46 und 47 von weiblichen Personen angewendet werden.

Neben den zahlreichen Maßnahmen auf welche gesundheitliche Betriebe aufmerksam machen können und die angeboten werden können sind aber auch Maßnahmen zur Förderung der Resilienz, durch die Betroffenen selbst, wichtig (vgl. Gunkel, Böhn & Tannheimer, 2014, S. 260). Durch die aktive Suche nach Broschüren oder Internetseiten welche Unterstützung zur Selbsthilfe anbieten (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012), können Resilienzwissen und Resilienzfaktoren gefördert werden. Pflegekräfte können sich hierbei an psychologischen als sowohl arbeits- und sozialmedizinischen Internetseiten orientieren. Ein Beispiel dazu ist die Kampagne der sogenannten „*The road to resilience*“ (American Psychological Association [Hrsg.], 2012a) der American Psychological Association (APA) welche 2001 entwickelt wurde (vgl. ebd., 2012a) und zehn Wege zur Entwicklung der Resilienz vorschlägt, unter anderem das Knüpfen sozialer Beziehungen oder das Beibehalten einer optimistischen zukünftigen Erwartungseinstellung (vgl. American Psychological Association [Hrsg.], 2012b). Die Initiative „neue Qualität der Arbeit“ (psyGa) hat wiederum gemeinsam mit dem Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin ein E-Learning-Tool zur „*Förderung der psychischen Gesundheit*“ (psyGa [Hrsg.], 2012) für Mitarbeiter–Innen in Betrieben entwickelt, in welchem es darum geht selbstständig die belastenden Faktoren zu analysieren sowie Faktoren gegen die Belastungssituation zu identifizieren und daraus Strategien abzuleiten (vgl. ebd., 2012). Somit können Pflegekräfte zwischen unterschiedlichen Alternativen wählen um ihre Resilienzfaktoren gegenüber horizontalem Mobbing zu fördern.

Die Maßnahmen in diesem Kapitel sind jedoch nicht nur für Pflegekräfte in Gesundheitsbetrieben von Relevanz. Verschiedenste Organisationen können eine Vielzahl an Publikationen veröffentlichen oder Veranstaltungen anbieten, welche für die Fort- und Weiterbildung sowie Schulungen von Resilienzfaktoren von Pflegekräften förderlich sind. Beispielsweise kann der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Veranstaltungen zu „*Macht und Gewalt in der Pflege*“ oder Workshops zu „*Resilienzworkshop Lösungsorientierung*“ (Akademie für Gesundheitsberufe & ÖGKV Landesverband Steiermark [Hrsg.], 2012c, 2012b, 2012a) anbieten um das Wissen von Pflegekräften über Resilienz in dieser Arbeit zu erweitern. Der ÖGKV ist eine eigenständige Organisation für alle in Gesundheitsberufen tätigen Personen. In deren Verantwortung liegt es Bildungsprogramme, die sich an aktuellen gesellschaftlichen Themen orientieren, anzubieten (vgl. ebd., 2012c, 2012b, 2012a). Da in Pflegeberufen tätige Personen vor immer komplexere Aufgaben gestellt werden, soll die Ausbildung nun auch akademisiert werden. Da-

her wären auch Informationen über Resilienzfaktoren in Hochschulen sinnvoll (vgl. Gerst & Hibbeler, 2012). Publikationen zu „*Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz*“ (Bundesarbeitskammer, Industriellenvereinigung, Österreichischer Gewerkschaftsbund & Verband der Öffentlichen Wirtschaft und Gemeinwirtschaft Österreich, 2011, S. 1) können ebenso Methoden zur Förderung der Resilienzfaktoren inkludieren und zum Beispiel von der Arbeiterkammer speziell auf Pflegekräfte zugeschnitten werden. Weitere Organisationen welche dies betreffen könnte, sind der österreichische Gewerkschaftsbund, der Arbeitmarktservice oder das Wirtschaftsförderungsinstitut.

Zusammenfassend ist als Endresultat zu vermerken, dass gesundheitliche Betriebe und außerbetriebliche Organisationen durch Stresseminare und Workshops, Gesundheitszirkel, Kurse sowie Erziehungs- Trainingsmethoden und Informationsveranstaltungen die Resilienzfaktoren und somit die individuelle Resilienz in Pflegekräften fördern können. Es kann durch mündliche praxisorientierte Vorträge und Kampagnen, aber auch Publikationen auf Mobbing aufmerksam gemacht werden und Empfehlungen oder Angebote dargelegt werden, wie Resilienzfaktoren gegenüber horizontalem Mobbing gefördert werden können. Strategien zur Förderung dieser sind die Bildung von Gesundheitszirkeln, die Nutzung verschiedener Meditationsarten und physischen Übungen in der Arbeit, die Selbstreflexion durch Journaling und Storytelling, die Nutzung von Videovignetten, die Anwendung von Rollenspielen, einem Sensitivitätstraining und Selbstbehauptungstraining sowie die Nutzung von Mentoring, Emotions-Coaching und Role-Modeling. Auch die aktive Suche nach sozialer Unterstützung außerhalb von Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsbetrieben kann angeregt werden und die Betroffenen somit motivieren, aktiv nach Hilfe zu suchen. Neben diesen Betrieben sind auch Organisationen wie der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Hochschulen, Arbeiterkammer, der österreichische Gewerkschaftsbund, der Arbeitmarktservice oder das Wirtschaftsförderungsinstitut, durch Schulungen, Veranstaltungen und Informationsmaterial, für die Gesundheit der Pflegekräfte verantwortlich.

5. Diskussion

Das folgende Kapitel soll die Forschungsfrage beantworten und die Ergebnisse diskutieren. Außerdem enthält es einen Ausblick auf die weitere Forschung zu diesem Thema. Die Forschungsfrage lautete:

Welche Resilienzfaktoren gegenüber Mobbing unter Pflegekräften können vor dem Hintergrund der bisherigen Literatur identifiziert werden? Durch welche Maßnahmen können diese Faktoren gefördert werden?

Die Resilienzfaktoren welche Pflegekräfte gegenüber horizontalem Mobbing anwenden können, sind die internale Kontrolle, positive Emotionen, aktives Coping, soziale Unterstützung, Selbstwahrnehmung, Selbstvertrauen, Spiritualität/Religiosität, Hardiness und das Kohärenzgefühl. Diese können durch Einzelmaßnahmen wie physische Übungen am Arbeitsplatz, Journaling, Mentoring, Emotionscoaching sowie Role modeling und Gruppenmaßnahmen wie Storytelling, Videovignetten, Rollenspiele, Sensitivitäts- und Selbstbehauptungstraining sowie Gesundheitszirkel gefördert werden. Die Meditation kann sowohl als Einzel-, wie auch als Gruppenmaßnahme verstanden werden und kann die Resilienzfaktoren und somit die individuelle Resilienz in Pflegekräften stärken. Als Resilienzfaktoren unter Pflegekräften, konnte vor allem die soziale Unterstützung, aktives Coping und positive Emotionen in Verbindung mit horizontalem Mobbing am Arbeitsplatz gefördert werden.

Die Forschungsfrage wurde in diesem Sinne ausführlich beantwortet, denn es wurde der Bezug zu horizontalem Mobbing, Resilienz und der Pflege hergestellt, was eine der Stärken der Arbeit darstellt. Keine andere Arbeit hat bis jetzt diese drei Faktoren gemeinsam betrachtet, denn bis jetzt wurde die Resilienz vor allem in der Kinder- und Jugendpsychologie (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000; Wustmann, 2004) in Bezug auf Probleme und Mobbing in der Schule erforscht (vgl. Ott & Bowi, 2010) und im Erwachsenenalter am Arbeitsplatz meistens auf Burnout Bezug genommen (vgl. Kotzé & Lamb, 2012; Zwack & Schweitzer, 2013). Es wurde außerdem Literatur durch die Recherche in unterschiedlichen Datenbanken, Zeitschriften sowie Bibliotheken und der Suche in Literaturverzeichnissen verwendet um die Forschungsfrage zu beantworten und somit die wissenschaftliche Vorgangsweise eingehalten. Eine weitere Stärke stellt die Möglichkeit dar, die Ergebnisse die-

ser Arbeit nicht nur in Gesundheitsbetrieben wie vor allem Krankenhäusern sondern auch in überbetrieblichen Organisationen für Pflegekräfte einzusetzen. Aber genauso könnten diese Maßnahmen bei anderen angestellten Personen des Gesundheitsbereichs und auch in anderen Settings angewendet werden. Beispielsweise sind Ärzt–Innen in ihrem Beruf genauso von horizontalem Mobbing betroffen (vgl. Fuß, Nübling, Schwappach & Rieger, 2010, S. 253) wie Lehrer–Innen (vgl. Drüge & Schleider, 2016).

Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß und Brähler (2005) betonen außerdem, dass die Resilienz zusammen mit Geschlecht und dem Alter betrachtet werden sollte. In ihrer Studie ist die Resilienz bei älteren Frauen geringer als Männern ($d=13$, $d=15$; $N= 934$ Männer und 1.070 Frauen). Aufgrund dieser Aussage lässt sich schließen, dass weitere Forschung demographische Variablen wie das Alter mit einbeziehen sollte. Um das Wissen über Interventionen zu erweitern, können Pflegekräfte, welche bereits erfolgreich Schwierigkeiten im Beruf gemeistert haben, außerdem in einer qualitativen Studie danach befragt werden welche Resilienzfaktoren schon benutzt wurden (vgl. Jackson, Firtko & Edenborough, 2007) und jene für Mobbing relevanten in der Praxis anzuwenden. Zu beachten ist jedoch: Das Resilienzlevel ist individuell und hängt sowohl von Erfahrungswerten und der Umwelt ab, als auch von der eigenen Kompetenz, Risiko- und Resilienzfaktoren auszugleichen (vgl. Tugade & Frederickson, 2004). Programme können ohne Weiteres nur auf individuelle Personen abzielen. Aber auch Organisationen und Betriebe können im Generellen resilient gemacht werden (vgl. Maidaniuc-Chirila, 2015). Das heißt, resiliente Unternehmen sind wachsam und flexibel wenn es zu Rückschlägen kommt und können sich der Situation entsprechend anpassen. Zum Beispiel kann Kommunikationsbarrieren durch ein passendes Kommunikationsmanagement bereits vorgebeugt werden (vgl. Buchholz & Knorre, 2012, S. 4). Weitere Resilienzforschung ist daher von Nöten.

Abschließend zu sagen ist, dass jeder Mensch das Potential hat individuelle Resilienz zu entwickeln und die einzelnen Resilienzfaktoren zu fördern und gerade im Berufsfeld von Pflegekräften gibt es immer wieder stressvolle, traumatische oder schwierige Situationen welche es zu bewältigen gilt (vgl. Jackson, Firtko & Edenborough, 2007). Auch Mobbing ist nicht zu unterschätzen, denn es kann zu massiven privaten, gesundheitlichen und betrieblichen Auswirkungen führen und hängt von den persönlichen und sozialen Resilienz-faktoren ab (vgl. Meschkutat, Stackbeck & Langenhoff, 2002, S. 76). Um die Konsequenzen von Mobbing zu verringern oder zu stoppen (vgl. Gunkel, Böhn & Tannheimer, 2014

2002, S. S65) und im Gesamten die Vulnerabilität zu reduzieren, sind daher Interventionen zur individuellen Resilienzförderung von enormer Wichtigkeit (vgl. Jackson, Firtko & Edenborough, 2007).

Literaturverzeichnis

- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36(1), 73-78.
- Agaibi, C.E. & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(3), 195-216.
- Agevall, O. (2004). *The Production of Meaning in Bullying Relation*. Artikel präsentiert auf *The Society for the Study of Social Problems 54th Annual Meeting*, San Francisco, 13(15).
- Akademie für Gesundheitsberufe & ÖGKV Landesverband Steiermark (Hrsg.). (2012a). *Leitbild*. Abgerufen von https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/lv_steiermark/1.03_LEITBILD.pdf [25.06.2016].
- Aldwin, C. M. & Yancura, L.A. (2004). Coping and Health: A comparison of the stress and trauma literatures. In P.P. Schnurr & B.L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 99-125). Washington: American Psychological Association.
- Alford, W. K., Malouff, J. M., & Osland, K. S. (2005). Written emotional expression as a coping method in child protective services officers. *International Journal of Stress Management*, 12, 177-187.
- Almedom, A. M. & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12(2), 127-143.
- American Psychological Association (Eds.). (2012a). *The road of resilience*. Retrieved from <http://www.apa.org/practice/programs/campaign/resilience.aspx> [23.06.2016].
- American Psychological Association (Eds.). (2012b). *10 ways to build resilience*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> [23.06.2016].

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Araujo, S. & Sofield, L. (2011). Workplace violence in nursing today. *The Nursing Clinics of North America*, 46(4), 457-464.
- Balducci, C., Alfano, V. & Fraccaroli, F. (2009). Relationship between mobbing at work and mmpi-2 personality profile, posttraumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior. *Violence and Victims*, 24(1), 52-67.
- Ball, J., Pike, G. & Cuff, C. (2002). *Working well? Results from the RCN Working well survey into the wellbeing and working lives of nurses*. Leeds: Royal College of Nursing.
- Bämayr, A. (2001). Mobbing. Hilflöse Helfer in in Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(27), 1811-1813.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Greiner, B. (2014). Betriebliche Gesundheitsförderung: Theorie und Praxis, Anspruch und Realität. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 11-36). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag: Hogrefe Verlag.
- Bartlett, S. J., Piedmont, R., Bilderback, A. Matsumoto, A. K. & Bathon, J. M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 49(6), 778-783.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier life styles?. *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.
- Becker, S. G. & Oliveira, M. L. C. D. (2008). Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(1), 109-114.

- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Resilienzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Resilienzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 43, 6-106.
- Berges, B. M. & Landa, J. M. (2014). Emotional Intelligence and Affective Intensity as Life Satisfaction and Psychological Well-Being Predictors on Nursing Professionals. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 80–88.
- Berry, P. A., Gillespie, Gordon, L., Gates, D. & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 80–87.
- Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R. & Kósa, K. (2010). Determinants of mental well-being in medical students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 253-258.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. (2005). Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist* 60, 265–267.
- Booth, R. Z. (2002). The nursing shortage: a worldwide problem. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 10(3), 392–400.
- Bouncken, R. B., Pfannstiel, M.A., Reuschl, A. J. & Haupt, H. (2015). *Diversität managen.. Wie Krankenhäuser das Beste aus personeller Vielfalt machen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boushey, H. & Glynn, S. J. (2012). *There are significant business costs to replacing employees*. o.O.: Center for American progress.

- Brehm, M. (2001). Emotionen in der Arbeitswelt. Theoretische Hintergründe und praktische Einflussnahme. *Arbeit*, 3(10), 205-218
- Brenner, M. J. (2009). Zen practice: A training method to enhance the skills of clinical social workers. *Social Work in Health Care*, 48(4), 462–470.
- Bröckling, U. (2013). Gut angepasst? Belastbar? Widerstandsfähig? Resilienz und Geschlecht. *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien*, 19(1), 49-66.
- Bronner, G., Peretz, C. & Ehrenfeld, M. (2003). Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of advanced nursing*, 42(6), 637-644.
- Bruning, N. S. & Frew, D. R. (1986). Can stress intervention strategies improve self-esteem, manifest anxiety, and job satisfaction? A longitudinal field experiment. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 9, 110– 124.
- Bruning, N. S. & Frew, D. R. (1987). Effects of exercise, relaxation, and management skills training on physiological stress indicators: A field experiment. *Journal of Applied Psychology*, 72, 515–521.
- Buchholz, U. & Knorre, S. (2012). Interne Unternehmenskommunikation in resilienten Organisationen. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler.
- Bundesarbeitskammer, Industriellenvereinigung, Österreichischer Gewerkschaftsbund & Verband der Öffentlichen Wirtschaft und Gemeinwirtschaft Österreich (Hrsg.). (2011). *Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz. Instrument zur Prävention*. Abgerufen von https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Arbeit-und-Soziales/Gewalt_am_Arbeitsplatz_FIN_WEB_v02.pdf [20.05.2016].
- Cameron, F. & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian journal on ageing*, 29(2), 66-71.

- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D. Y., & Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1089-1096.
- Chadwick, S. (2004). Peer-led programs: promoting resilience. *Educare News: The National Newspaper for All Non-government Schools*, 148, 24-26.
- Chappell, D. & Di Martino, V. (2006). *Violence at work (3. Edition)*. Geneva: International Labour Office.
- Ceravolo, D. J., Schwartz, D. G., Foltz-Ramos, K. M. & Castner, J. (2012). Strengthening communication to overcome lateral violence. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 599-606.
- Constable, J. F., & Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of human stress*, 12(1), 20-26.
- Cox, T., Griffiths, A., Barlow, C., Randall, R. Thomson, T. & Rial-González, E. (2000). *Organisational interventions for work stress: A risk management approach*. Sudbury: HSE Books.
- Coyne, I., Seigne, E. & Randall, P. (2000). Predicting Workplace Victim Status from Personality. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9, 335-349.
- Craig, W., Pepler, D. & Blais, J. (2007). Responding to bullying: What works? *School Psychology International*, 28, 465-477.
- Crawshaw, L. (2009). Workplace bullying? Mobbing? Harassment? Distraction by a thousand definitions. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 263-267.
- Cureton, D., Green, P. & Meakin, L. (2010). Peer Mentoring for Staff Development in a Changing Work Environment. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 8(2), 79-90.

- Curtis, J., Bowen, I. & Reid, A. (2007). You have no credibility: nursing students' experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7, 156–163.
- Davis, M. C., Zautra, A. J. & Smith, B. W. (2004). Chronic pain, stress and the dynamics of affective differentiation. *Journal of Personality*, 72(6), 1133-1159.
- Day, A. L. & Livingstone, H. A. (2003). Gender differences in perceptions of stressors and utilization of social support among university students. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(2), 73.
- Dehue, F., Bolman, C., Völlink, T., & Pouwelse, M. (2012). Coping with bullying at work and health related problems. *International Journal of Stress Management*, 19(3), 175.
- Department of health and human services [Centers for Disease Control and Prevention National. Institute for Occupational Safety and Health] (Eds.). (2008). *Exposure to stress. Occupational hazards in hospitals*. Publication No. 2008–136.
- Dietl, M. (2015). *Mobbing im Heim. Gewaltfreie Lösungswege*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Di Martino, V. (2002). *Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis Report*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- DiMeglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M., Lucas, S., Piermont, N., Joyal, E., DeNicola, V. & Corry, K. (2005). Group Cohesion and Nurse Satisfaction: Examination of a Team-Building Approach. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 110-120.
- Drüge, M. & Schleider, K. (2016). Mobbing unter Lehrkräften und notwendige Präventions- und Interventionsmaßnahmen für eine gute Schule. *Schulpädagogik heute*, 13(7), 1-13.

- Duffy, M. & Sperry, L. (2007). Workplace mobbing: Individual and family health consequences. *The Family Journal*, 15(4), 398-404.
- Dumont, C., Meisinger, S., Whitacre, M. J. & Corbin, G. (2012). Nursing2012. Horizontal violence survey report. *Nursing 2015*, 42(1), 44-49.
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L. & Peters, K. (2010). Storytelling: an approach that can help to develop resilience: Relating personal experiences can help participants to cope with their conditions and improve research, explain Leah East, Debra Jackson, Louise O'Brien and Kathleen Peters. *Nurse Researcher*, 17(3), 17-25.
- Eckhardt, T. (2013). Mobbing-wer, wie-warum? Abstract. *HeilberufeScience*, 4(3), 1. 3- 1.
- Edwards, S. L. & O'Connell, C. F. (2007). Exploring bullying: Implications for nurse educators. *Nurse Education in Practice*, 7(1), 26-35.
- Efe, S. Y. & Ayaz, S. (2010) Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review* 57, 328–334
- Ehresmann, C. (2014). Mobbing im Krankenhaus: Symptom eines Organisationsversagens?. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014* (S. 163-174). Berlin/Heidelberg: Springer .
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International journal of manpower*, 20(1/2), 16-27.
- Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2010). Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping. *European Journal of Cancer Care*, 19(4), 530-537.
- El Rahman, R. M. A. (2014). Perception of Student Nurses' Bullying Behaviors and Coping Strategies Used In Clinical Settings. *Virginia Henderson International Nursing e-Repository*. Retrieved from

<http://www.nursinglibrary.org/vhl/bitstream/10755/316820/1/Final+Submission+Perception+Of+Student+Nurses.pdf> [18.08.2016].

- Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C. & Morton, L. C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138(5), 947-981.
- Eriksson, M. & Lindstrom, B (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376–381.
- Eschleman, K. J., Bowling, N. A. & Alarcon, G. M. (2010). A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 277-307.
- Esser, A. & Wolmerath, M. (2005). *Mobbing und psychische Gewalt. Der Ratgeber für Betroffene und ihre Interessensvertretung* (6. Auflage). o.O: Bundverlag.
- Esser, A. & Wolmerath, M. (2015). *Mobbing und psychische Gewalt. Der Ratgeber für Betroffene und ihre Interessensvertretung* (9. Auflage). o.O: Bund-Verlag.
- Europäische Union (Hrsg.). (2012). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen. Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis*. Luxemburg: Europäische Union.
- Faller, G. (2013). Mit Resilienz gegen Arbeitsstress? Eine konstruktiv- kritische Auseinandersetzung. In L. Schröder, H.-J. Urban (Hrsg.), *Jahrbuch Gute Arbeit. Anti-Stress-Initiativen: Impulse aus Praxis und Wissenschaft* (S. 101-107). Frankfurt/Main: Bund Verlag.
- Fatzer, G., Rappe-Giesecke, C. & Looss, W. (1999). *Qualität und Leistung von Beratung (Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung) (EHP-Organisation)*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

- Faugier, J. (1992). The supervisory relationship. In T. Butterworth & J. Faugier (Eds.), *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing* (pp. 18-36). Manchester: Springer-Science+ Business Media.
- Fischer, A. H. (2000). *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. Cambridge/NewYork/Melbourne: Cambridge University Press.
- Francis, L. J. & Penny, G. (2014). Gender Differences in Religion. In V. Saraglou (Eds.), *Religion, Personality and Social Behavior* (pp. 313-337). New York: Psychology Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2009). *Resilienz*. München/Basel: UTB.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*, 45(1), 114-125.
- Fuß, L., Nübling, M., Schwappach, D. & Rieger, M. A. (2010), Mobbing bei Krankenhausärzten-Prävalenz und Prädiktoren. In F.W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen*, (S. 253-262). In C. Fuchs, B.- M. Kurth & P. C. Scriba (Reihen-Hrsg.), *Report Versorgungsforschung*, 2. Band. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Gabriel, T. (2005). Resilienz – Kritik und Perspektiven. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 207–217.
- Gaffney, D. A., DeMarco, R. F., Hofmeyer, A., Vessey, J. A. & Budin, W. C. (2012). Making things right: Nurses' experiences with workplace bullying—A grounded theory. *Nursing research and practice*, 2012, 1-10.

- Geva-Institut (Hrsg.). (o.J.). „Länderporträt Deutschland – Arbeitszufriedenheit und Führungsstil“. Abgerufen von: http://www.mitarbeiterbefragungen.de/angebot/unser_angebot_266.htm [20.07.2016].
- Gates, D. M., Gillespie, G. L. & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-67.
- Gaynor, L., Gattasch, T., Yorkston, E., Stewart, S. & Turner, C. (2006). Where do all the undergraduate and new graduate nurses go and why? A search for empirical research evidence. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 26–32.
- Gebhardt, W. A. & Maes, S. (2001). Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *American Journal of Health Behavior*, 25(6), 528-536.
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E. & Maitino, A. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13(1), 34-45.
- Gerst, T. & Birgit, H. (2012). Gesundheitsfachberufe: Auf dem Weg in die Akademisierung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(49) A-2458-A2461.
- Gianakos, I. (2002). Predictors of coping with work stress: The influences of sex, gender role, social desirability, and locus of control. *Sex Roles*, 46(5-6), 149-158.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeeck, P. (2007). Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 427-438.
- Glomb, T. M., Duffy, M. K., Bono, J. E. & Yang, T. (2011). Mindfulness at work. *Research in personnel and human resources management*, 30, 115-157.

- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B. & Mustajbegovic, J. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 65(10), 2056–2066.
- Grant, L. J. & Kinman, G. (2013). The importance of emotional resilience for staff and students in the “helping” professions. Higher Education Academy Research Briefing. Retrieved from https://www.heacademy.ac.uk/sites/default/files/emotional_resilience_louise_grant_march_2014_0.pdf [20.05.2016].
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16.
- Gunkel, L., Böhm, S. & Tannheimer, N.(2014). Resiliente Beschäftigte – eine Aufgabe für Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014* (S. 257-268). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Gunkel, L. & Szpilok, M. (2014). Resilienz entwickeln – trotz Mobbing und Krisen gesund und stabil bleiben. *KitaBY*, 6, o.S.
- Healy, C. M. & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of advanced nursing*, 31(3), 681-688.
- Hebert, R. S., Dang, Q. & Schulz, R. (2007). Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 15(4), 292-300.
- Helmreich, D. P. I. & Lieb, K. (2015). Schutzmechanismen gegen Burnout und Depression. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 17(2), 52-62.

- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D. & Eley, R. M. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 188-202.
- Hoel, H. & Cooper, C. (2000). *Destructive conflict and bullying at work. Extracts of study report compiled for Launch of the Civil Service Race Equality Network*. Manchester: School of Management. University of Manchester Institute Science and Technology.
- Höge, T. (2005). Salutogenese in der ambulanten Pflege: Zum Zusammenhang zwischen organisationalen Ressourcen, erlebter Fairness, Kohärenzsinn und der psychophysischen Gesundheit von ambulanten Pflegekräften. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13(1), 3-11.
- Holtmann, M., Poustka, F. & Schmidt, M.H. (2004). Biologische Korrelate der Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 201-211.
- Holton, G. (2004). Robert K. Merton: biographical memoirs. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 148(4), 506–517.
- Holz, M., Zapf, D. & Dormann, C. (2004). Soziale Stressoren in der Arbeitswelt: Kollegen, Vorgesetzte und Kunden. *Arbeit*, 13(3), 278-291.
- Hutchinson, M. (2009). Restorative approaches to workplace bullying: Educating nurses towards shared responsibility. *Contemporary Nurse*, 32(1-2), 147-155.
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D. & Vickers, M. H. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: Testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of nursing management*, 18(2), 173-181.
- Isfort, M. & Weidner, F. (2010). *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V..

- Jacobshagen, N. (2004). Mobbing-ein langer, zermürender Prozess. Mobbing-un phénomène minant. *Swiss Medical Forum*, 35, 873-878.
- Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9.
- Johnson, W. B. (2002). The intentional mentor: Strategies and guidelines for the practice of mentoring. *Professional psychology: Research and practice*, 33(1), 88-96.
- Johnson, S. L. & Rea, R. E. (2009). Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84-90
- Josipović-Jelić, Ž., Stoini, E. & Celić-Bunikić, S. (2005). The effect of mobbing on medical staff performance. *Acta Clinica Croatica*, 44(4), 347-352.
- Joint Commission. (Eds.). (2008). *Sentinel event alert: Behaviors that undermine a culture of Safety*, 40(9). Retrieved from http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40 [15.05.2016].
- Judge, T. A. & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 86(1), 80-92.
- Judkins, S. & Rind, R. (2005). Hardiness, job satisfaction, and stress among home health nurses. *Home Health Care Management & Practice*, 17(2), 113-118.
- Karakaş, S. A. & Okanlı, A. (2015). The Effect of Assertiveness Training on the Mobbing That Nurses Experience. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 446-451.
- Katrinli, A., Atabay, G., Gunay, G. & Cangarli, B. G. (2010). Nurses' perceptions of individual and organizational political reasons for horizontal peer bullying. *Nursing Ethics*, 17(5), 614-627.

- Keashly, L. & Nowell, B. L. (2003). Conflict, conflict resolution and bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & Cooper, C. L.(Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice* (pp. 339-358). London/ New York: Taylor and Francis Group.
- Keeley, A. C. & Grier, E. C. (2005). Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education*, 44(12), 548-554.
- Kirchner, H. (2000). *Mobbing im Pflorgeteam. Mit Fallbeispielen aus der Praxis*. Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Kivimäki, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57(10), 656-660.
- Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34(02), e02-e12.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J. & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 125(4), 470-500.
- Kluge, A. (2004). Resilienzforschung: Aktueller Forschungsstand. *Kommentierte-Auswahlbibliographie. EU-Projekt: Arbeitsfähigkeit erhalten (AEIOU)*. Abgerufen von [www. equal aeiou. at/Upload/Resilienz_TeilI_Darstellung_Dez_2004](http://www.equal.aeiou.at/Upload/Resilienz_TeilI_Darstellung_Dez_2004) [15.05.2016].
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1-11.
- König, H. G. (2001). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97-109.
- Kolodej, C. (2005). *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und seine Bewältigung. Mit*

zahlreichen Fallbeispielen (2. Auflage). Wien: facultas. wuv/maudrich

Khoshaba, D. M. & Maddi, S. R. (1999). Early experiences in hardiness development.

Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51, 106–116.

Kotzé, M. & Lamb, S. (2012). The influence of personality traits and resilience on burnout among customer service representatives in a call centre. *Journal of Social Sciences*, 31, 295-309.

Lakey, B. & Cohen, S. (2000). Social Support Theory. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. In S. Cohen, L. G.

Underwood & B. H. Gottlieb, *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists* (pp.29-52). Oxford: University press.

Langley, M. E. & Brown, S. T. (2010). Perceptions of the use of reflective learning journals in online graduate nursing education. *Nursing education perspectives*, 31(1), 12-17.

Larrabee, J. H. , Wu, Y., Persily, C. A., Simoni, P. S. , Johnston, P. A., Marcischak, T. L. & Gladden, S. D. (2010). Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *Western Journal of Nursing Research*, 32(1), 81-102.

Laubach, W. & Fischbeck, S. (2007). Job satisfaction and the work situation of physicians: a survey at a German university hospital. *International Journal of Public Health*, 52(1), 54-59.

Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 19(3), 97-108.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.

Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K. & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an

- interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530.
- Lefcourt, H. M (2014). *Locus of Control. Current Trends in Theory and Research* (2. Auflage). New York/ London: Psychology Press.
- Litzcke, S., Schuh, H. & Pletke, M. (2013). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz. Umgang mit Leistungsdruck – Belastungen im Beruf meistern – Mit Fragebögen, Checklisten, Übungen* (6.Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Leseho, J. & Block, L. (2005). 'Listen and I tell you something': storytelling and social action in the healing of the oppressed. *British Journal of Guidance and Counseling*, 10(2), 233-236.
- Leymann, H. (1993). *Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Reinbeck/Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Leymann, H. (1995). *Der neue Mobbing-Bericht. Erfahrungen und Initiativen, Auswege und Hilfsangebote*. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Leymann, H. (1996). The Content and Development of Mobbing at Work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 165-184.
- Li, Y.-X. & Zhang, L. (2010). Relationship of workplace bullying with job burnout, job satisfaction and health in nurses. *Chinese Mental Health Journal*, 24, 625-628, 632.
- Litzcke, S. M. (2003). Sozialer Stress durch Mobbing (Gekürzte und bearbeitete Fassung des Kapitels 3). In S. M. Litzcke & S. Horst (Hrsg.), *Belastungen am Arbeitsplatz: Strategien gegen Stress, Mobbing und Burn-out* (2.Auflage). Köln: Deutscher Institut-Verlag. Abgerufen von http://www.olev.de/publikationen/Litzcke_Mobbing.pdf [04.04.2016].
- Llorens, S., Salanova, M. & Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de construcción

[Transformational leadership and positive psychological capital: A case study in a construction organization]. *Directivos construcción*, 220, 48-56.

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Longo, J. (2010). "Combating Disruptive Behaviors: Strategies to Promote a Healthy Work Environment". *OJIN-The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1). Abgerufen von:<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Combating-Disruptive-Behaviors.html> [08.04.2016].

Longo, J. (2012). *Bullying in the workplace: Reversing a culture*. Silver Spring: American Nurses Association/Nursebooks.org.

Lorho, F. & Hilp, U. (2001). *Directorate- General for research. Working Paper. Bullying at work. Social affairs series. SOCI 108 EN*. Luxembourg: European Parliament

Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of advanced nursing*, 39(2), 119-126.

Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.

Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How Do Simple Positive Activities Increase Well-Being? *Current Directions in Psychological Science* 22, 57-62.

MacIntosh, J. (2005). Experiences of workplace bullying in a rural area. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 893-910.

MacIntosh, J., Wuest, J., Gray, M. M. & Aldous, S. (2010). Effects of workplace bullying on how women work. *Western journal of nursing research*, 32(7), 910-931.

- Maidaniuc-Chirilă, T. (2015). The mediation role of resilience on the relationship between workplace bullying and Romanian employees' strain. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 48, 120-133.
- Malinauskiene, V., Leisyte, P., Malinauskas, R. & Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina (Kaunas)*, 45(11), 910-917.
- Mantzios, M., & Giannou, K. (2014). Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 6(2), 173-191.
- Mayhew, C. & Chappell, D. (2001). *Occupational violence: Types, reporting patterns, and variations between health sectors*. New South Wales: School of Industrial Relations.
- Mayhew, C., & Chappell, D. (2007). Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4), 327-339.
- McAllister, M. & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse education today*, 29(4), 371-379.
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. & Vickers, M. H. (2012): A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*, 32, 378-384.
- McGrath, D. L. (2012). Interpersonal Contact at Work: Consequences for Wellbeing. *International Journal of Health, Wellness & Society*, 2(1), 33-47.
- McKechnie, T. (2016). Call for nurses: The Multi-Dimensional Manifestation of Nursing Shortage on Patient Care. *QIHI Journal of Healthcare Improvement and Patient Safety*, 2, 1-4.

- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J. & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of advanced nursing*, 42(1), 90-96.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K. , Rothbaum, B. & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292-299.
- Meiffert, M. (Hrsg.). (2010). *Stressmanagement. Das Kienbaum Trainingsprogramm*. Freiburg/Berlin/München: Haufe Mediengruppe.
- Meissner, J. E. (1986). Nurses: Are we eating our young? *Nursing* 1986, 16(3), 51-53.
- Merk, K. (2014). *Mobbing. Praxisleitfaden für Betriebe und Organisationen. Edition Rosseberger*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Merriam-webster (Eds.). (o.J.). Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/self-confidence> [19.08.2016].
- Meschkatat, B., Stackelbeck, M. & Langenhoff, G. (2002). *Der Mobbing-Report. Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin–Forschung, Forschungsbericht 951(2)*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Milliken, T. F., Clements, P. T. & Tillman, H. J. (2007). The impact of stress management on nurse productivity and retention. *Nursing Economics*, 25(4), 203.
- Mischke, J. & Wingerter, C. (2012). *Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt – Deutschland und Europa*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Moos, R. H. & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping. Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403.
- Murray, J. S. (2009). Workplace bullying in nursing: A problem that can't be ignored. *Medsurg Nursing*, 18(5), 273-276.
- Myhrvold, T. (2003). The exclusion of the other: Challenges to the ethics of closeness. *Nursing Philosophy*, 4(1), 33-43.
- Niedl, K. (1995). *Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz*. München/Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B. & Einarsen, S. (2008). Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(2), 128.
- Nilsson, B., Holmgren, L. & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(1), 14-20.
- Nolfé, G., Petrella, C., Blasi, F., Zontini, G. & Nolfé, G. (2007). Psychopathological dimensions of harassment in the workplace (mobbing). *International Journal of Mental Health*, 36(4), 67-85.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (Hrsg.). (2012b). *Resilienzworkshop Lösungsorientierung*. Abgerufen von <https://www.oegkv.at/aus-und-weiterbildung/veranstaltungen/event-detail/kursdetail/resilienzworkshop-loesungsorientierung> [16.06.2015].
- Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (Hrsg.). (2012c). *Macht und Gewalt in der Pflege*. Abgerufen von <https://www.oegkv.at/aus-und-weiterbildung/veranstaltungen/event-detail/kursdetail/macht-und-gewalt-in-der-pflege-1> [16.06.2016].

- Olafssen, R. & Johansdottir, H. (2004). Coping with bullying in the workplace: The effect of gender, age and type of bullying. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32, 319–333.
- Omari, M. (2010). *Towards dignity and respect at work: An exploration of work behaviours in a professional environment*. Submission No 13, Attachment A. Perth, Australia: Edith Cowan University.
- O' Moore, M., Lynch, J., & Nic Daeid, N.(2003). The Rates and Relative Risks of Workplace Bullying in Ireland, a Country of High Economic Growth. *International Journal of Management and Decision Making*, 4, 82-95.
- Okanli, A., Karakaş, S. A. & Özkan, H. (2011). The relationship between mobbing and assertiveness in nurses. *Journal of Society for Development in New Net Environment in B&H*, 5(3), 609-615.
- Oppolzer, A. (2010). Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren-Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 13-22). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ospina, M. B., Bond, T. K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. M. & Klassen, T. P.(2007). *Meditation Practices for Health: State of the Research. Evidence Report/Technology Assessment* (Full Rep), No. 155, 1-263.
- Ott, G. & Bowi, U. (2010). Mobbing und seine Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche. *Ärztliche Psychotherapie*, 1, 17-23.
- Ozturk, H., Sokmen, S., Yılmaz, F. & Cilingir, D. (2008). Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scale. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(9), 435-442.

- Pai, H. C. & Lee, S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 20(9-10), 1405-1412.
- Pålsson, M. B., Hallberg, I., Norberg, A. & Björvell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 19-26.
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York/London: Guilford Press.
- Pargament, K. I. & Cummings, J. (2010). Anchored by faith. *Handbook of adult resilience*, In J. W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 193-210). New York/London: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 37(4), 710-724.
- Paridon, C.M. (2003). Betriebliches Konfliktmanagement durch Betriebsvereinbarungen. *Sicherheitsingenieur*, 5, 40 – 45.
- Parsloe, E. & Wray, M. J. (2000). *Coaching and Mentoring: Practical Methods to Improve Learning*. London: Kogan Page Publishers.
- Pearce, J. B. & Thompson, A. E. (1998). Practical approaches to reduce the impact of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, 79(6), 528-531.
- Perry, R. B. (2009). Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 9(1), 36-44.
- Pine, R. & Tart, K. (2007). Return on investment: Benefits and challenges of a baccalaureate nurse residency program. *Nursing Economics*, 25(1), 13-39.

- Pipe, T. B., Buchda, V. L., Launder, S., Hudak, B., Hulvey, L., Karns, K. E. & Pendergast, D. (2012). Building personal and professional resources of resilience and agility in the healthcare workplace. *Stress and Health*, 28(1), 11-22.
- Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., De Pisa, E., Iliceto, P., Puccinno, M., Nastro, P.-F., Tatarelli, R. & Girardi, P. (2008). Suicide risk and exposure to mobbing. *Work*, 31, 237–243.
- Pranjic, N., Maleš-Bilić, L., Beganlić, A. & Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. *Croatian medical journal*, 47(5), 750-758.
- psyGa (Hrsg.). (2012). *Förderung Ihrer psychischen Gesundheit. eLearning-Tool für Beschäftigte*. Abgerufen von <http://psyga.info/ueber-psyga/materialien/elearning-tool-fuer-beschaefigte/> [12.05.2016].
- Ptacek, J. T., Smith, R. E. & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60(4), 747-770.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318(7178), 228-232.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health psychology*, 6(1), 73-84.
- Rammsayer, T. & Schmiga, K. (2011). Mobbing am Arbeitsplatz Krankenhaus. Ursachen, Prävention, Konsequenzen und Strategien: Aus der Sicht des Persönlichkeitspsychologen. Sonderbeitrag. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, 52, 357-366.
- Rayner, C. & Lewis, D. (2011). Managing Workplace Bullying. The Role of Policies (2. Auflage). In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 327-340). London/New York: CRC Press.

- Reinmann-Rothmeier, G., Erlach, C. & Neubauer, A. (2000). *Erfahrungsgeschichten durch Story Telling-eine multifunktionale Wissensmanagement-Methode (Forschungsbericht Nr. 127)*. München: Ludwig-Maximilians-Universität, Lehrstuhl für Empirische Pädagogik und Pädagogische Psychologie.
- Resch, M. (1997). *Mobbing und Konflikte am Arbeitsplatz. DGB-Informationen zur Angestelltenpolitik 03/97 10. Juli 1997*. Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand.
- Richardson, K. M. & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of occupational health psychology, 13*(1), 69-93.
- Rippon T. J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing, 31*(2), 452–60.
- Rittenmeyer, L., Huffman, D., Hopp, L. & Block, M. (2013). A comprehensive systematic review on the experience of lateral/horizontal violence in the profession of nursing. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 11*(11), 362-468.
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H. & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health affairs, 23*(4), 202-212.
- Rogerson, M. & Emes, C. (2008). Fostering resilience within an adult day support program. *Activities, adaptation & aging, 32*(1), 1-18.
- Rosenstein, A.H. & O' Daniel, M. (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 34*(8), 464-471.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior, 15*(2), 175-183.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1-28.
- Shirey, M. R. (2004). Social support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economics*, 22(6), 313-319.
- Rutter, M. (1995). Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. *Southern African Journal of Child & Adolescent*, 7, 75-88.
- Salin, D. (2005). Workplace bullying among business professionals: Prevalence, gender differences and the role of organizational politics. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7(3). Abgerufen von: <http://pistes.revues.org/3159> [18.07.2016].
- Sauer, P. (2013). *Does resilience mediate the effects of bullying in nurses? Directed by Dr. Susan Letvak. 158 pp.* Dissertation. Greensboro: The University of North Carolina.
- Schmidt, S., Buchheld, N., Niemann, L., Grossman, P. & Walach, H. (2004). Achtsamkeit und Achtsamkeitsmeditation. Die Erfassung des Konstruktes und seine klinische Bedeutung. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 157-183). Münster: Waxmann Verlag.
- Schmitz, N., Neumann, W. & Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), 95-99.
- Schneider, V. (2014). Gesundheitszirkel und betriebliche Gesundheitsförderung. *Gesundheitspädagogik: Einführung in Theorie und Praxis*, 50, 179-190.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala—Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.

- Shepperd, J. A. & Kashani, J. H. (1991). The relationship of hardiness, gender, and stress to health outcomes in adolescents. *Journal of personality*, 59(4), 747-768.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Siu, O. L., Chow, S. L., Phillips, D. R. & Lin, L. (2006). An exploratory study of resilience among Hong Kong employees: Ways to happiness. In Y.-K. Ng & L. S. Ho (Eds.), *Happiness and public policy: Theory, case studies and implications* (pp. 209-220). New York: Palgrave Macmillan.
- Slesina, W. (2000). Gesundheitszirkel in Organisationen: Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung. In C. Dietscher, P. Nowak & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz* (S. 53-61). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Smutny, P. & Hopf, H. (2012). *Ausgemobbt. Wirksame Reaktionen gegen Mobbing* (2. Auflage). Wien: MANZ'sche Verlags und Universitätsbuchhandlung GmbH.
- Skjørshammer, M. (2002). Understanding conflicts between health professionals: a narrative approach. *Qualitative Health Research*, 12(7), 915-931.
- Šoljan, I., Josipović-Jelić, Ž. & Titlić, M. (2009). Organizational Circumstances for the Occurrence of Mobbing in Health Care Organizations. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 2(3), 239-244.
- Southwick, S. M., Pietrzack, R. H. & White, G. (2011). Intervention to enhance resilience and resilience-resilience related constructs in adults. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan* (pp. 289-306). Cambridge: Cambridge University Press.

- Stadler, P. & Spieß, E. (2004). *Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz*, (2). Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stagg, S. J., Sheridan, D., Jones, R. A. & Speroni, K. G. (2011). Evaluation of a workplace bullying cognitive rehearsal program in a hospital setting. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(9), 395-401.
- Stanley K. M., Martin M. M., Michel Y., Welton J. M. & Nemeth L. S. (2007). Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing* 28(11), 1247–1265.
- Starecek, M. (2013). Organisationale Resilienz für strategielose Zeiten. *Psychologie Österreich*, 2, 152-157.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- St-Pierre, I. & Holmes, D. (2008). Managing nurses through disciplinary power: a Foucauldian analysis of workplace violence. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 352–359.
- Streib, H. & Klein, C. (2012). *Violence – Religion – Masculinity: German Students' Readiness for Mediation. Collegial Paper for the ISREV Meeting 2012*. o.O.: o.V.
- Strub, S. & Schär Moser, M. (2008). *Risiko und Verbreitung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Eine repräsentative Erhebung in der Deutschschweiz und in der Roman-die*. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau (EBG) und Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Swedish National Board of Occupational Safety and Health (Eds.). (1993). Ordinance of the Swedish National Board of Occupational Safety and Health containing Provi-

sions on measures against Victimization at Work. AFS. Sweden: Swedish National Board of Occupational Health and Safety.

Tagay, S., Erim, Y., Brähler, E., & Senf, W. (2006). Religiosity and sense of coherence—Protective factors of mental health and well-being. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15*, 165–171.

Tamres, L. K., Janicki, D. & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 2–30.

Taylor, R. (2016). Nurses' Perceptions of Horizontal Violence. *Global Qualitative Nursing Research, 3*, o. S. Retrieved from <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/308306> [18.08.2016].

Teuschel, P. (2010). *Dynamik-Verlauf- gesundheitliche und soziale Folgen*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

The Lewin Group (Eds.). (2009). *Evaluation of the Robert Wood Johnson Wisdom at Work: Retaining Experienced Nurses Research Initiative. Final report*. o.O: Lewin Group.

Tigrel, E. J. & Kokolan, O. (2010). *Mobbing in Turkish Health Institutions, 3*(12), 349-361.

Tourigny, L. & Pulich, M. (2005). A critical examination of formal and informal mentoring among nurses. *The Health Care Manager, 24*(1), 68-76.

Topa, G. & Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: Moderating effects of group identity and group support. *Nursing outlook, 61*(3), e25-e31.

Ttofi, M. M. & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology, 7*(1), 27-56.

- Trobst, K. K., Collins, R. L. & Embree, J. M. (1994). The role of emotion in social support provision: Gender, empathy and expressions of distress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11(1), 45-62.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320-333.
- Van Dyck, S. E. (2013). *Horizontal Workplace Aggression and Coworker Social Support Related to Work-Family Conflict and Turnover Intentions. Dissertations and Theses. Paper 652*. Portland: State University.
- Van Heugten, K. (2013). Resilience as an underexplored outcome of workplace bullying. *Qualitative Health Research*, 23(3), 291-301.
- Vartia, M. (2001). Consequences of Workplace Bullying with Respect to the Well-being of Its Targets and the Observers of Bullying. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 27(1), 63-69.
- Vartia-Väänänen, M. (2013). *Workplace bullying and harassment in the EU and Finland. Part I: Workplace Bullying and Harassment in the EU. Introduction*. JILPT Report (12). Japan: The Japan Institute for Labour Policy and Training.
- Vessey, J. A., Demarco, R. F., Gaffney, D. A. & Budin, W.C. (2009). Bullying of staff registered nursing in the workplace: A preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy work environments. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 299-306.
- Volandes, A. (2007). Medical ethics on film: towards a reconstruction of the teaching of healthcare professionals. *Journal of medical ethics*, 33(11), 678-680.
- Volanen, S. M., Lahelma, E., Silventoinen, K. & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *The European Journal of Public Health*, 14(3), 322-330.

- Von Hagen, C. & Röper, G. (2007). Resilienz und Ressourcenorientierung – eine Bestandsaufnahme. In I. Fooker & J. Zinnecker (Hrsg.), *Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten* (S.15-28). Weinheim: Juventa.
- Von Rosenstiel, L. (1999). Entwicklung von Werthaltungen und interpersonaler Kompetenz. Beiträge der Sozialpsychologie (2. Auflage). In: K. Sonntag (Hrsg.), *Persönalentwicklung in Organisationen* (S. 99-122). Göttingen: Hogrefe.
- Vreeman, R. C. & Carroll, A. E. (2007). A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(1), 78-88.
- Weber, A., Hörmann, G. & Köllner, V. (2007). Mobbing-eine arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr der Dienst-Leistungs-Gesellschaft? *Das Gesundheitswesen*, 69(05), 267-276.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.). (2006). *Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Wesley, J. M. & Mattaini, M. A (2008). *Assertiveness Skills Education*. Abgerufen von <http://www.peacepower.info/modules/RespectAssert.pdf> [20.06.2016].
- Wiedemann, H. (1978). *Mitarbeiter weiterbilden. Fallstudien, Gruppendynamik, Kreativitätstraining, Motivationstraining* (2. Auflage). Ludwigshafen: Friedrich Kiehl Verlag.
- Wilkins, J. (2014). The use of cognitive reappraisal and humour as coping strategies for bullied nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 283–292.
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D. & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC health services research*, 8(1), 247-255.

- Wilson, B.L., Diedrich, A., Phelps, C.L. & Choi, M. (2011). Bullies at work: The impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *The Journal of Nursing Administration*, 41(11), 453-458.
- Winter, U., Hauri, D., Huber, S., Jenewein, J., Schnyder, U. & Kraemer, B. (2009). The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(4), 240-244.
- World Health Organization (Eds.). (2008). A fact file on health workforce statistics. Gender and health workforce statistics. *Spotlight on statistics*, 2, 1-2.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Yaman, E. (2015). Mobbing and Stress. *International Journal of Progressive Education*, 11(2), 6-13.
- Yavuzer, Y. & Civilidag, A. (2014). Mediator role of depression on the relationship between mobbing and life satisfaction of health professionals. *Dusunen Adam*, 27(2), 115-125.
- Yeh, S. J., Huang, C., Chou, H. & Wan, T. T. H. (2009). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles*, 60, 44–56.
- Yildirim, A. & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of clinical nursing*, 16(8), 1444-1453.
- Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review*, 56, 504–511.
- Zapf, D., Knorz, C. & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of work and organizational psychology*, 5(2), 215-237.

- Zapf, D. (1999). Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43(1), 1-25.
- Zapf, D. (2000). *Mobbing-eine extreme Form sozialer Belastungen in Organisationen*. Abgerufen von http://web.uni-frankfurt.de/fb05/psychologie/Abteil/ABO/forschung/mobbing_lit7.pdf [06.03 2016].
- Zapf, D. & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 497–522.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.
- Zuschlag, B. (2001). *Mobbing. Schikane am Arbeitsplatz* (3. Auflage). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Zwack, J. & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382-389.
- Zwingmann, C. (2004). Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 215-237).Münster: Waxmann.

Anhang

Dokumentationsliste

Datenbanken/ Bibliotheken	Datum der Recherche	Schlagworte	Beschränkun- gen	Treffer
AK-Bibliothek	29.02.2016	Mobbing	Broschüren & Ratgeber, Zeit- schriften & Stu- dien, PDF	43
Scholar.google	03.03.2016	Wohlbefinden AND Ar- beit AND Mobbing	2000-2016	3.360
Med.Uni Graz- Gesamtbestand	04.03.2016	Mobbing		9
Escohost (Cinahl)	04.03.2016	Conflict AND Work AND Health AND Bullying		23
Pubmed	04.03.2016	Mobbing	Free Full Text, 10 years	47
Pubmed		Mobbing AND Nurse		19
Pubmed	04.03.2016	Conflict AND Mobbing	Free Full Text, 10 years	2
ScienceDirect	04.03.2016	Mobbing AND Nurse AND Health AND Well- being AND Conflict”	2016-2010	132
SpringerLink	04.03.2016	Mobbing AND Nurse AND Well-being AND Health care	Article	74
ScienceDirect (EZB Universität Klagen- furt)	07.03.2016	Mobbing AND Well-being	2016-2000	1.111
ScienceDirect	07.03.2016	Mobbing AND Welfare	2016-2000, open access articles	27

Pubmed	07.03.2016	Mobbing AND Welfare	PMC	54
Pubmed	07.03.2016	Mobbing AND Conflict NOT Bullying	PMC	106
SpringerLink	07.03.2016	Mobbing AND (Well-being OR Welfare Or Conflict OR Solidarity OR Cooperativness) NOT Bullying	2000-2016, no preview-only chapters	760
SpringerLink	07.03.2016	Mobbing AND Hospital	2000-2016, no preview-only chapters	176
Scholar.google	07.03.2016	Mobbing AND (Well-being OR Welfare Or Conflict OR Solidarity OR Hospital OR Cooperativness) NOT Bullying	2000-2016, ohne Patent und Zitate	2.270
Research Gate	07.03.2016	Mobbing AND Health	Publications	100
DOAJ (Directory of open access journals)	07.03.2016	Mobbing	Englisch	103
Universität Klagenfurt	09.03.2016	Mobbing	Lokaler Online-Katalog	72
Scholar.google	12.03.2016	Sense of coherence AND Mobbing AND Nurse	Seit 2012	45
Scholar.google	12.03.2016	Horizontales Mobbing AND Gesundheit	Ohne Patente und Zitate	26
Scholar.google	12.03.2016	Horizontales Mobbing AND Pflege	Ohne Patente und Zitate	5
Econbiz	26.03.2016	Mobbing AND Nursing		1
Econbiz	26.03.2016	Mobbing AND Health	Frei	19
Econbiz	26.03.2016	Mobbing AND Consequences	Frei	17

Econbiz	26.03.2016	Mobbing AND Family		7
Econbiz	26.03.2016	Mobbing AND Reasons		11
Econbiz	26.03.2016	Mobbing AND Definitions		4
Journal of Loss and Trauma	26.03.2016	Mobbing		4
Journal of Loss and Trauma	26.03.2016	Resilienz		32
Scholar.google.	1.04.2016	Horizontal Mobbing AND Nurse		21
Scholar.google.	1.04.2016	Mobbing AND Nurse	Seit 2012, ohne Patente und Zitate	1.160
Scholar.google.	1.04.2016	Horizontal bullying AND Nurse	ohne Patente und Zitate	42
Scholar.google.	1.04.2016	Horizontal bullying AND Hospital	ohne Patente und Zitate	62
Scholar.google	1.04.2016	Horizontal bullying AND Nursing	ohne Patente und Zitate	74
Scholar.google	1.04.2016	Horizontal mobbing AND Nursing	ohne Patente und Zitate	27
International Journal of Stress Management	2.04.2016	Mobbing		1
Scholar.google	2.04.2016	Mobbing AND Nursing	Seit 2012, ohne Patente und Zitate	1.970
Econbiz	2.04.2016	Resilience AND Mobbing		4
Econbiz	2.04.2016	Resilienz AND Mobbing		5
Econbiz	2.04.2016	Resilience AND Bullying		18
Econbiz	06.04.2016	Resilience AND Resilience factors		11
Econbiz	06.04.2016	Resilience factors AND Health		5

Econbiz	06.04.2016	Resilience development		11
Sage Journals	06.04.2016	Mobbing		394
Trauma, Violence & Abuse	06.04.2016	Resilience		100
Econis	12.04.2016	Mobbing		193
Econis	12.04.2016	Bullying		271
Econis	12.04.2016	Resilience		1.532
Econis	12.04.2016	Resilience factors		3
Econis	12.04.2016	Resilienzfaktoren		1
Econis	10.05.2016	Resilience AND Health		43
Economics Search Engine	10.05.2016	Resilience AND Mobbing AND Health		3.040
Emerald (EZB Universität Klagenfurt)	10.05.2016	Resilience AND Mobbing		52
Emerald	15.05.2016	Resilience AND Sense of coherence		42
Emerald	15.05.2016	Resilience AND Positive feeling		17
Emerald	15.05.2016	Resilience AND Humor	Newest First	168
Emerald	15.05.2016	Resilience AND Self-confidence	Newest First	304
Emerald	15.05.2016	Resilience AND Coping AND Health AND Mobbing"		15
Emerald	20.05.2016	Resilience AND Active coping		26
Emerald	20.05.2016	Resilience AND Social support	Newest First	397
Emerald	20.05.2016	Resilience AND Hardiness	Newest First	69
EZB Medizinische Universität Graz	20.05.2016	Resilienz		7
EZB Medizinische	20.05.2016	Krankenhaus		65

Universität Graz				
Lokaler Online Katalog Uni Klagenfurt	20.05.2016	Resilience		41
Lokaler Online Katalog Uni Klagenfurt	20.05.2016	Resilienz		61
Lokaler Online Katalog Uni Klagenfurt	22.05.2016	Mobbing		76
Lokaler Online Katalog Uni Klagenfurt	22.05.2016	Bullying		19
Journal of Nursing Scholarship	23.05.2016	Resilience		57
Journal of Nursing Scholarship	23.05.2016	Mobbing		8
Springerlink	25.05.2016	Resilience AND Health AND Mobbing	Ohne Preview	16
Springerlink	25.05.2016	Resilienzförderung	Ohne Preview	5
Springerlink	31.05.2016	Mobbing AND Krankenhaus	Ohne Preview	14
Springerlink	31.05.2016	Mobbing AND Nursing	Ohne Preview	95
Med Uni Graz Abschlussarbeiten	31.05.2016	Mobbing		3
Med Uni Graz Abschlussarbeiten	02.06.2016	Resilienz		4
Ebscohost	05.06.2016	Mobbing		45
Ebscohost	05.06.2016	Resilience promotion	Academic Journal	137
Ebscohost	05.06.2016	Resilience development	Academic Journal	501
Ebscohost	07.06.2016	Conflict	Academic Journal, Linked Full Text	56
Ebscohost	07.06.2016	Resilience AND Bullying		20
Ebscohost	07.06.2016	Resilience AND Social	Academic Jour-	417

		support	nal	
Ebscohost	07.06.2016	Resilience AND Positive feelings		36
Ebscohost	07.06.2016	Resilience AND Optimism	Academic Journal	80
Ebscohost	07.06.2016	Resilience AND Hope	Academic Journal	103
Ebscohost	12.06.2016	Resilience AND Joy		6
Ebscohost	12.06.2016	Resilience AND Sense of coherence		31
Ebscohost	12.06.2016	Resilience AND Self-awareness		17
Ebscohost	12.06.2016	Resilience AND Intervention AND Violence		35
Ebscohost	12.06.2016	Workplace violence AND Nursing AND Resilience		8
Ebscohost	12.06.2016	Mobbing AND Consequences		10
Ebscohost	14.06.2016	Mobbing AND Reasons		3
American Psychologist	14.06.2016	Resilience		42
Pubmed	14.06.2016	Resilience AND Strategy	Free Full Text	151
Pubmed	14.06.2016	Resilience AND Nurse	Free Full Text	23
Pubmed	14.06.2016	Resilience AND Health care	Free Full Text	216
Pubmed	14.06.2016	Support AND Nurse & Mobbing		3
Pubmed	15.06.2016	Optimism AND Nurse	Free Full Text	8
Pubmed	15.06.2016	Self-awareness AND Nursing	Free Full Text	23
Pubmed	15.06.2016	Hardiness AND Nursing	Free Full Text	11
Pubmed	15.06.2016	Active coping AND Nursing	Free Full Text	15

Pubmed	15.06.2016	Religiosity AND Nursing	Free Full Text	43
Pubmed	15.06.2016	Resilience AND Gender difference	Free Full Text	60
Pubmed	20.06.2016	Mobbing AND Gender	Free Full Text	7
Stadtbilbiothek Graz	20.06.2016	Resilienz		18
Stadtbilbiothek Graz	20.06.2016	Mobbing		126
Scholar.google	20.06.2016	Gender AND Horizontal mobbing AND Coping	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	190
Scholar.google	20.06.2016	Gender AND Horizontal mobbing AND Social support AND Health	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	368
Scholar.google	20.06.2016	Gender AND Horizontal mobbing	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	625
Scholar.google	23.06.2016	Horizontal mobbing AND Consequences	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	45
Scholar.google	23.06.2016	Horizontal mobbing AND Reasons	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	27
Scholar.google	23.06.2016	Horizontal mobbing AND Coping	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	15
Scholar.google	23.06.2016	Resilience AND Gender difference	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	17.000
Scholar.google	23.06.2016	Resilience factor	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	2.050
Scholar.google	23.06.2016	Resilience factor AND Gender	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	1.180

Scholar.google	26.06.2016	Gender AND Nursing	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	107.000
Scholar.google	26.06.2016	Nursing AND Coping	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	25.800
Scholar.google	26.06.2016	Nursing AND Mobbing	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	1.970
Scholar.google	26.06.2016	Sense of coherence AND Nurse	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	3.090
Scholar.google	26.06.2016	Sense of coherence AND Hospital	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	5.590
Scholar.google	26.06.2016	Resilience AND Health care sector	Seit 2012, Ohne Patente und Zitate	1.100
Deutsches Ärzteblatt	26.08.2016	Mobbing		179
Deutsches Ärzteblatt	26.08.2016	Resilienz		30